

Prüfungsvereinbarung

**über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit
durch die gemeinsame Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss**

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**
dem **BKK - Landesverband NORDWEST,**
der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als
Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**
der **IKK classic,**
der **Knappschaft,**

und den **nachfolgend benannten Ersatzkassen in Hamburg**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V., (vdek),
vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung Hamburg

i. d. F. des 2. Nachtrages ab 1. August 2018

Inhalt

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Präambel | 3 |
| Abschnitt 1 - Allgemeine Grundsätze des Verfahrens, Prüfungseinrichtung, Beschwerdeausschuss ... | 3 |
| § 1 - Grundsätze | 3 |
| § 2 - Gemeinsame Prüfungsstelle und gemeinsamer Beschwerdeausschuss | 4 |
| § 3 - Ausstattung der Prüfungsstelle..... | 5 |
| § 4 - Kostenregelung..... | 5 |
| § 5 - Mitglieder des Beschwerdeausschusses..... | 6 |
| § 6 - Unterstützende Tätigkeit der Prüfungsstelle..... | 6 |
| § 7 - Sachverständige | 6 |
| § 8 - Datengrundlagen für Prüfungen | 6 |
| § 9 - Amtsprinzip | 7 |
| § 10 - Verfahren vor der Prüfungsstelle..... | 7 |
| § 11 - Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss..... | 8 |
| § 12 - Besonderheiten bei dem Vertragsarzt im oder nach dem Prüfungszeitraum bei statistischen Prüfungen..... | 9 |
| § 13 - Prüfungsentscheidungen und Maßnahmen..... | 9 |
| § 14 - Beratung vor Festsetzung von weiteren Maßnahmen nach § 13 Abs. 2 Nrn. 3-5 | 10 |
| § 15 - Feststellung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten und besonderen Verordnungsbedarfen | 11 |
| § 16 - Verfahrenskosten..... | 11 |
| Abschnitt 2 - Prüfungsarten | 12 |
| § 17 - Prüfungsarten | 12 |
| § 18 - Einzelfallprüfung | 12 |
| § 19 - Prüfung der Wirtschaftlichkeit aus Anlass von Abrechnungsprüfungen nach § 106 d SGB V | 14 |
| § 20 - Sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs..... | 14 |
| § 21 - Aufteilung von Erstattungsbeträgen (aus der Wirkstoffvereinbarung)..... | 15 |
| § 22 - Vollzug von Maßnahmen nach § 13 Abs. 2 Nr. 3-5..... | 15 |
| § 23 - Salvatorische Klausel | 16 |
| § 24 - Inkrafttreten, Kündigung | 16 |
| Anlage 1: Regelung Kostentragung und Datenlieferungen nach § 1 Abs. 5..... | 18 |
| Anlage 2: Entschädigungsregelung..... | 19 |
| Anlage 3: Datensatzbeschreibung Prüfungsstelle | 20 |
| Anlage 4: Liste der Kostenerstattungsfälle..... | 23 |
| Anlage 5: Zufälligkeitsprüfung (Stichproben) nach § 106a SGB V | 25 |
| Anlage 6: Musterantrag | 27 |
| Anlage 7: Verrechnung von festgesetzten Maßnahmen nach § 13 Abs. 2 Nrn. 3-5 sowie Regress- und Schadensersatzansprüchen | 28 |
| Protokollnotiz vom 12.10.2017 zur Prüfungsvereinbarung in der Fassung vom 01.01.2017 und des 5. und 6. Nachtrages zur Prüfungsvereinbarung vom 01.01.2016..... | 30 |

Präambel

Die Prüfungsvereinbarung gilt für Wirtschaftlichkeitsprüfungen von ärztlich verordneten Leistungen mit Verordnungsdatum ab 01.01.2017 sowie ärztlichen Leistungen ab dem 01.01.2017.

Sofern in dieser Prüfungsvereinbarung männliche Personenbezeichnungen verwendet werden, gelten sie auch in der weiblichen Form.

Abschnitt 1 - Allgemeine Grundsätze des Verfahrens, Prüfungseinrichtung, Beschwerdeausschuss

§ 1 - Grundsätze

- (1) Die Prüfungsvereinbarung regelt das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 106 bis 106c SGB V sowie für weitere vereinbarte Prüfungsarten.
- (2) Der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden
 - Ärzte,
 - psychologischen Psychotherapeuten,
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie
 - medizinischen Versorgungszentren.

Die in diesem Absatz Genannten werden im Folgenden der Leserlichkeit wegen „Vertragsarzt“ genannt. Soweit der Begriff „ärztlich“ verwendet wird, gilt dieser Begriff entsprechend für vorgenannte Psychotherapeuten.

- (3) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei KV-übergreifender Tätigkeit gelten die Grundsätze der Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein zu KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften vom 05.08.2011 in der jeweils gültigen Fassung entsprechend.
- (4) Der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen auch die am Krankenhaus erbrachten ambulanten und belegärztlichen Leistungen. Andere ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen unterliegen dieser Prüfungsvereinbarung nur, wenn dies gesetzlich vorgesehen oder ausdrücklich vereinbart ist.
- (5) Der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Prüfungsstelle unterliegen auch verordnete Leistungen
 - im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a Satz 5 SGB V,
 - bei Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Abs. 1a SGB V,
 - bei der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V

- bei Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V, Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V sowie Medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V sowie
- im Rahmen von Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V (Selektivverträge) außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung.

Das Nähere zur Tragung der Kosten durch die Krankenkassen sowie zu Datenlieferungen ist in der Anlage 1 geregelt. An den für die Prüfungen der in Absatz 5 genannten anfallenden Kosten wird die KVH nicht beteiligt.

§ 2 - Gemeinsame Prüfungsstelle und gemeinsamer Beschwerdeausschuss

- (1) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss sind gemeinsame Einrichtungen der Vertragspartner. Die gemeinsame Prüfungsstelle wird bei der KVH errichtet. Der Eigenständigkeit der Prüfungsstelle wird durch von anderen Abteilungen der KVH gesonderte Geschäftsräume und eine eigenständige Organisation der administrativen Abläufe Rechnung getragen.
- (2) Die Stelle des Prüfungsstellenleiters wird von den Vertragspartnern gemeinsam besetzt. Die weitere Personalausstattung fällt in die Kompetenz der Prüfungsstelle selbst. Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle sind in fachlicher/organisatorischer Hinsicht ausschließlich gegenüber dem Leiter der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss gegenüber nur organisatorisch weisungsgebunden. Die KVH ist Arbeitgeber der Mitarbeiter der Prüfungsstelle und übt diesen gegenüber arbeitsrechtlich Disziplinargewalt aus. Eine Haftung der KVH für Maßnahmen aus ihrer Eigenschaft als Arbeitgeber gegenüber den Vertragspartnern ist ausgeschlossen.
- (3) Die Prüfungsstelle zieht die für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung erforderlichen fachlichen, medizinischen, pharmakologischen und rechtlichen Informationen von den Vertragspartnern und der Arbeitsgemeinschaft nach § 2 Abs. 3 der Arznei- und Heilmittelvereinbarungen bei.
- (4) Der gemeinsame Beschwerdeausschuss nach § 106c SGBV wird bei der KVH gebildet. Für den Beschwerdeausschuss werden jeweils vier Vertreter der KVH und der Krankenkassen sowie Stellvertreter in ausreichender Zahl bestellt. Dabei können als Vertreter der Krankenkassen auch Mitarbeiter der Verbände benannt werden. Der Beschwerdeausschuss kann auch in Kammern organisiert werden, die Besetzung erfolgt dann mit mindestens je zwei Vertretern der KVH und den Krankenkassen. Sollten zwei oder mehr Kammern gebildet werden, so ist vom Beschwerdeausschuss sicherzustellen, dass eine einheitliche Rechtsauffassung zu ähnlich oder gleich gelagerten Entscheidungsgegenständen vorliegt.
- (5) Die Vertragspartner benennen für den Beschwerdeausschuss einen unparteiischen Vorsitzenden und Stellvertreter in ausreichender Anzahl.
- (6) Für den Beschwerdeausschuss gilt eine Amtsperiode von zwei Jahren (01.01.2016 - 31.12.2017 usw.). Die Vertreter der KVH und der Krankenkassen sowie der Vorsitzende werden je Amtsperiode bestellt. Werden während einer Amtsperiode Vertreter oder Vorsitzende nachbestellt, ist deren Amtsdauer auf die laufende Amtsperiode begrenzt.

Die Entschädigung für die Tätigkeit des unparteiischen Vorsitzenden und seiner Stellvertreter ist in der Anlage 2 geregelt.

- (7) Näheres zur Gliederung des Ausschusses in Kammern, zur Geschäftsverteilung, zur Besetzung der Kammern sowie weitere Einzelheiten regelt die Geschäftsordnung des Beschwerdeausschusses.

§ 3 - Ausstattung der Prüfungsstelle

- (1) Über die personelle, sachliche sowie finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle verständigen sich die Vertragspartner auf Vorschlag des Leiters der Prüfungsstelle bis zum 30.11. eines Kalenderjahres für das folgende Kalenderjahr. Der Vorschlag des Leiters ist den Vertragspartnern jeweils bis zum 30.09. eines Kalenderjahres schriftlich zu übermitteln.
- (2) Die KVH stellt zur Gewährleistung der Arbeit des Beschwerdeausschusses und der Prüfungsstelle alle notwendigen Sach- und Dienstleistungen bereit. Dazu gehören insbesondere:
1. Büroräume, Büromöbel sowie technische und sonstige Büroausstattung und Sitzungsräume für die Sitzungen und Ausschüsse.
 2. Dienstleistungen der Personalverwaltung, Buchhaltung und Hausverwaltung.
 3. Dienstleistungen der EDV.
- (3) Die KVH wird bei Tätigkeiten für die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss in Abstimmung mit dem Leiter der Prüfungsstelle durch geeignete organisatorische Maßnahmen die besonderen Anforderungen des Datenschutzes angemessen gewährleisten und diese Maßnahmen den Vertragspartnern darlegen.
- (4) Dienstleistungen nach Nr. 3 können von der Prüfungsstelle auch anderweitig eingeholt werden. Die Gewährleistung des Datenschutzes obliegt in diesen Fällen dem Leiter der Prüfungsstelle.

§ 4 - Kostenregelung

- (1) Die Vertragspartner tragen die nach § 106c Abs. 2 Satz 6 SGV zu berücksichtigen Kosten der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses je zur Hälfte. Die auf die Krankenkassen entfallenden Beträge werden anhand der Versichertenanteile zwischen diesen aufgeteilt. Maßgeblich dafür sind die Versichertenzahlen gemäß der Statistik KM6 (Stand 01.07. des Vorjahres).
- (2) Die Verbände der Krankenkassen leisten auf die Kosten nach Absatz 1 halbjährliche Abschlagszahlungen. Deren Höhe beträgt 6/12 der für die Prüfungsstelle vom festgelegten Einnahmen- und Ausgabenübersicht unter Anwendung des Verteilungsschlüssels nach Absatz 1 Satz 2 und 3. Die Abschlagszahlungen sind zum 5. Tag des Kalenderhalbjahres für das jeweilige Kalenderhalbjahr fällig.
- (3) Binnen zwei Monaten nach Abschluss des Geschäftsjahrs erfolgt ein Rechenschaftsbericht durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss gegenüber den Partnern dieser Vereinbarung. Mit dieser Schlussrechnung werden die

Abschläge nach Absatz 2 saldiert und der Rechnungsbetrag unter Berücksichtigung der Kostenteilung sowie des Kostenschlüssels ausgeglichen.

- (4) Soweit die Zuständigkeit der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses nach dieser Vereinbarung gegeben ist und die Rahmenvorgaben Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Abweichung von der in Absatz 1 genannten hälftigen Kostentragung vorsehen, gilt die gesonderte Anlage 1 zur Kostenübernahme.

§ 5 - Mitglieder des Beschwerdeausschusses

- (1) Über die Ausschusssitzungen und die Abstimmungen haben die mit dem Verfahren Befassten auch nach Beendigung ihres Amtes Stillschweigen im Rahmen des Sozialgeheimnisses (§ 35 Abs. 1 SGB I) zu bewahren.
- (2) Ein Mitglied darf bei der Prüfung seiner eigenen Tätigkeit oder der eines Angehörigen im Sinne von § 16 SGB X nicht mitwirken. Das Gleiche gilt für Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft, einer Praxisgemeinschaft oder eines medizinischen Versorgungszentrums.
- (3) Ein Mitglied des Beschwerdeausschusses darf nicht an Entscheidungen teilnehmen, bei deren Vorbereitung er als Sachverständiger mitgewirkt hat.
- (4) Die KVH, die Krankenkassen und die Verbände können ein von ihnen bestelltes Mitglied vorzeitig von seinem Amt entbinden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

§ 6 - Unterstützende Tätigkeit der Prüfungsstelle

Der Beschwerdeausschuss wird bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben organisatorisch durch die Prüfungsstelle unterstützt. Die Aufgaben der Prüfungsstelle ergeben sich aus den gesetzlichen Bestimmungen und den Regelungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung.

§ 7 - Sachverständige

Soweit erforderlich beauftragen der Leiter der Prüfungsstelle oder der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses unabhängige Sachverständige mit der Erstellung von schriftlichen Gutachten zu den Prüfungsfällen. Die Sachverständigen können auch beauftragt werden, als Berichterstatter in den Sitzungen der Ausschüsse zur Verfügung zu stehen. Die Vertragspartner können der Prüfungsstelle Personen benennen, die sich für eine Tätigkeit als unabhängige Sachverständige bereit erklärt haben.

§ 8 - Datengrundlagen für Prüfungen

- (1) Die Vertragspartner übermitteln der Prüfungsstelle die für die Erstellung der Prüfungsgrundlagen erforderlichen Daten gemäß der Bestimmungen des SGB V, des Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträger zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung sowie ergänzender Absprachen der Vertragspartner. Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die Daten zur Prüfung nur solche Daten

enthalten, die der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach dem SGB V und dieser Vereinbarung unterliegen bzw. dass diese entsprechend gekennzeichnet sind (z. B. keine Kostenerstattungsfälle, keine Heilmittelverordnungen nach § 32 Abs. 1a SGB V, Kennzeichnung von Verträgen, denen Ärzte beigetreten sind nach § 130a Abs. 8 SGB V usw.). Die Lieferung der Kassendaten erfolgt im Datenformat gemäß Anlage 3.

- (2) Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle eine Liste der Versicherten, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, § 53 Abs. 4 SGB V mit Ausnahme von § 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V gewählt haben (Anlage 4).
- (3) Macht der Vertragsarzt in Prüfungsverfahren Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet die Prüfungsstelle, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und verfährt im Zweifel nach § 106 Abs. 2 Satz 3 SGB V.

§ 9 - Amtsprinzip

- (1) Die Verfahren der Prüfung nach der Wirkstoffvereinbarung, die Stichprobenprüfung nach § 106a Abs. 1 SGB V sowie eine stichprobenweise Prüfung von verordneten Leistungen von Vertragsärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 AMG beteiligt sind, werden von der Prüfungsstelle von Amts wegen eingeleitet und durchgeführt. Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss erheben die ihnen erforderlich erscheinenden Beweise; es gilt der Untersuchungsgrundsatz, § 20 SGB X. Die KVH, die Krankenkassen und ihre Verbände sowie der geprüfte Vertragsarzt sind verpflichtet, die von der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss für erforderlich gehaltenen Unterlagen vorzulegen.
- (2) Dem Vertragsarzt wird vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Dabei sind ihm/ihr die prüferheblichen Sachverhalte mitzuteilen.
- (3) Abweichend von Absatz 1 werden die Prüfungen nach §§ 18, 19, 20 auf Antrag durchgeführt. Der Antrag muss die Prüfungsart bezeichnen und die notwendigen Angaben nach den für die jeweilige Prüfungsart maßgeblichen Bestimmungen dieser Vereinbarung enthalten.

§ 10 - Verfahren vor der Prüfungsstelle

- (1) Das Verfahren vor der Prüfungsstelle ist schriftlich. Das Verfahren ist nicht öffentlich; eine persönliche Anhörung findet in der Regel nicht statt. Der Leiter der Prüfungsstelle kann eine mündliche Anhörung anordnen.

Beteiligte des Verfahrens sind:

- der betroffene Vertragsarzt
- die betroffenen Krankenkassenverbände
- die KVH
- im Antragsverfahren außerdem die antragstellende Krankenkasse

- (2) Die Prüfungsstelle entscheidet durch Beschluss. Der Beschluss ist zu begründen und ausführlich zu dokumentieren, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und nach

Maßgabe der Geschäftsordnung der Prüfungsstelle zu unterzeichnen. Beschlüsse werden den Beteiligten nach Absatz 1 gegenüber bekannt gegeben.

- (3) Gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle können die Beteiligten nach Absatz 1 den Beschwerdeausschuss anrufen, also Widerspruch erheben. Dieser hat aufschiebende Wirkung. Abweichend hiervon findet in den Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 SGB ausgeschlossen sind, eine Anrufung des Beschwerdeausschusses (Widerspruch) nicht statt (§ 106c Abs. 3 SGB V).
- (4) Stellen die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss bei der Prüfung ärztlicher Leistungen sachliche Fehler der Abrechnung fest oder haben sie begründete Zweifel an der sachlichen Richtigkeit der Abrechnung, geben sie die Abrechnung unter schriftlicher Darstellung der Auffälligkeiten an die KVH zurück. Insoweit ist die Vornahme einer Maßnahme/Honorarkürzung durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss ausgeschlossen. Ergeben sich im Einzelfall Zweifel, ob eine Auffälligkeit der Honorarabrechnung als Unrichtigkeit zu werten ist, so entscheiden die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss über die Zuständigkeit endgültig; dabei gilt grundsätzlich eine vorrangige Zuständigkeit der Prüfungsgremien.
- (5) Die Prüfungsstelle erstellt für die Vertragspartner jeweils quartalsweise in schriftlicher Form eine Übersicht der laufenden und der abgeschlossenen Aktivitäten. Es wird folgendes dargestellt:
 1. Art der Wirtschaftlichkeitsprüfung
 2. Datenflüsse, -zusammenführung,
 3. Anzahl der Prüffälle, nach Berücksichtigung
 4. Bagatellgrenzen,
 5. Einleitung der Prüfung mit der Fristen für Stellungnahmen,
 6. Abschluss der Prüfung, Art der Maßnahmen, Anzahl und Summen der Regresse, Summen in Euro, Rücknahmen, Stattgaben von Widersprüchen, Klageverfahren.

§ 11 - Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

- (1) Für das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt § 10 entsprechend mit den nachstehenden Abweichungen.
- (2) Gegen die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses können die Beteiligten nach § 10 Abs. 1 Klage vor dem Sozialgericht erheben. Diese hat keine aufschiebende Wirkung (§ 106c Abs. 3 Satz 5 SGB V).
- (3) Der Vorsitzende kann die persönliche Anhörung des Widerspruchsführers vor dem Beschwerdeausschuss anordnen sowie schriftlichen Anträgen des Widerspruchsführers auf persönliche Anhörung stattgeben, wenn dies zur Aufklärung des Sachverhaltes oder zur Beratung des Vertragsarztes sachdienlich erscheint. Im Übrigen ist auf eine vollständige Sachverhaltsermittlung im schriftlichen Verfahren hinzuwirken. Bei Nichterscheinen der Geladenen kann auch in deren Abwesenheit entschieden werden, hierauf ist in der Ladung hinzuweisen.

- (4) Für jeden Sitzungsgegenstand ist eine gesonderte Niederschrift anzufertigen, die den Beteiligten zusammen mit den Bescheiden übermittelt wird.

§ 12 - Besonderheiten bei dem Vertragsarzt im oder nach dem Prüfungszeitraum bei statistischen Prüfungen

- (1) Hat ein Vertragsarzt nicht während des gesamten regelmäßigen Prüfungszeitraumes bei statistischen Prüfungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen, beschränkt sich für diesen die Prüfung auf den Zeitraum der Teilnahme. Die Prüfungsstelle hat in solchen Fällen bei ihrer Entscheidung zu berücksichtigen, dass der mit der Jahresprüfung verbundene quartalsübergreifende Ausgleich insoweit nicht stattfindet und der Kostenvergleich mit einer jahresdurchschnittlichen Prüfung deshalb zu einer Benachteiligung des Vertragsarztes führen kann.
- (2) Prüfungen und Maßnahmen aus statistischen Prüfungen werden nicht für erstmalig zugelassene Vertragsärzte in den ersten beiden Prüfungsjahren nach der Zulassung angewandt.
- (3) Vertragsärzte mit weniger als 50 Verordnungen oder 50 Behandlungsfällen im Quartal sind von einer statistischen Verordnungsprüfung ausgeschlossen, soweit in einer Vereinbarung nach §§ 106a oder 106b nichts Abweichendes geregelt ist.
- (4) Die Anzahl der Prüfungen ist auf maximal 5 % einer Fach- bzw. Vergleichsgruppe beschränkt.

§ 13 - Prüfungsentscheidungen und Maßnahmen

- (1) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss entscheiden in den Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung, ob der Vertragsarzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
- (2) Wird als Ergebnis des Prüfverfahrens festgestellt, dass ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vorliegt, können die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss folgende Maßnahmen beschließen soweit dies bei der jeweiligen Prüfungsart vorgesehen ist:
- 1) schriftliche Beratung
 - 2) die Durchführung einer persönlichen Beratung
 - 3) Kürzung
 - 4) Nachforderungen
 - 5) Festsetzung von Erstattungsbeträgen.
- (3) Dabei gehen gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen voran. Der Vorrang der Beratung gilt nicht
- bei der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind,
 - bei sachlichen Berichtigungen des Sprechstundenbedarfs,
 - bei anderweitigen offenkundigen Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Werden der Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss Umstände bekannt, die für Verfahren vor dem Disziplinausschuss der KVH oder den Zulassungsinstanzen Anlass geben könnten, unterrichten sie hierüber die KVH und die Verbände der Krankenkassen bzw. den Zulassungsausschuss.

§ 14 - Beratung vor Festsetzung von weiteren Maßnahmen nach § 13 Abs. 2 Nrn. 3-5

- (1) Wurde bei einem Vertragsarzt im Rahmen einer statistischen Prüfung erstmalig eine Maßnahme nach § 13 Abs. 2 Nr. 3-5 festgesetzt, so erfolgt im Bescheid anstelle der Festsetzung eines Erstattungsbetrages die Festsetzung einer individuellen Beratung. Die Maßnahme der individuellen Beratung wird von der Prüfungsstelle vollzogen. Sie findet in der Regel in einem persönlichen Gespräch statt, kann aber auch schriftlich durchgeführt werden. Bei einem schriftlichen Beratungsverfahren kann dem Vertragsarzt ergänzend zur schriftlichen auf dessen Wunsch noch eine mündliche Beratung angeboten werden. Die individuelle Beratung soll dem Vertragsarzt zeitnah nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides angeboten werden. Spätestens sechs Monate nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides soll diese durchgeführt worden sein. Kann der Vertragsarzt drei verschiedene angebotene Beratungstermine nicht wahrnehmen oder lehnt der Vertragsarzt eine Beratung ab, stellt die Prüfungsstelle in einem Feststellungsbescheid fest, dass der Vertragsarzt als beraten gilt.
- (2) Ziel der Beratung ist das Aufzeigen von Einsparpotentialen sowie von Praxisbesonderheiten. Dem Vertragsarzt soll ermöglicht werden, sein Ordnungsverhalten so umzustellen, dass künftig Prüfungen in dem Ordnungsbereich, in dem beraten wurde, nicht mehr erforderlich sind. Hierzu sind die Einsparpotentiale und vorhandene Praxisbesonderheiten detailliert und betragsmäßig darzustellen. Dabei ist die gesamte Tätigkeit des Vertragsarztes einzubeziehen. Der Vertragsarzt muss von der Prüfungsstelle bei der individuellen Beratung darauf hingewiesen werden, dass er einen Antrag nach § 15 (Anerkennung von Praxisbesonderheiten) stellen kann. Im Falle der mündlichen Beratung erlässt die Prüfungsstelle nach erfolgtem Beratungsgespräch einen schriftlichen Feststellungsbescheid über den Inhalt der Beratung, der auch das Protokoll über das Beratungsgespräch sowie etwaige Feststellungen zu Praxisbesonderheiten zum Inhalt hat. Der Beratungsbescheid ist spätestens vier Wochen nach Ende des Beratungsgesprächs dem Vertragsarzt förmlich zuzustellen sowie den übrigen Verfahrensbeteiligten bekannt zu geben. Erfolgt die individuelle Beratung schriftlich, so gilt die individuelle Beratung mit der Zustellung des Dokumentes zur schriftlichen Beratung als erfolgt.
- (3) Die Prüfungsstelle hat zu prüfen, ob der Prüfbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen wird, wenn der Vertragsarzt und der die Beratung Durchführende im Rahmen der Beratung übereinstimmend zu der Einschätzung gelangen, dass eine Festsetzung der Beratung nicht hätte erfolgen dürfen (§ 5 Abs. 6 Rahmenvorgaben WiPrüf).
- (4) Die Festsetzung einer individuellen Beratung als Maßnahme soll innerhalb von zwei Jahren nach Ende des Prüfzeitraumes erfolgen. Im Falle eines Widerspruchsverfahrens soll die Entscheidung des Beschwerdeausschusses innerhalb von zwei Jahren nach

Zugang des Widerspruchsbescheids bei der Prüfungsstelle erfolgen (§ 5 Abs. 7 RV WiPrüf).

- (5) Die Festsetzung einer weiteren Maßnahme kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfungszeitraum nach Bestandskraft des Feststellungsbescheides des Beschwerdeausschusses beim Vertragsarzt festgesetzt werden. Wird der Bescheid, mit dem die Beratung festgesetzt wurde, rechtskräftig aufgehoben, so gilt die individuelle Beratung als Maßnahme als nicht erfolgt (§ 5 Abs. 8 RV WiPrüf).

§ 15 - Feststellung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten und besonderen Verordnungsbedarfen

- (1) Im Rahmen einer individuellen Beratung oder wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung einer Nachforderung oder eines Erstattungsbetrages nach § 106 Abs. 3 Satz 2 SGB V droht, kann der Vertragsarzt in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten oder bei Heilmitteln von besonderen Verordnungsbedarfen und Praxisbesonderheiten beantragen. Die Anträge sind vom Vertragsarzt zu begründen; insbesondere sind die vermuteten Praxisbesonderheiten und Verordnungsbedarfe konkret zu bezeichnen und die entsprechenden Belege, wie Frühinformationen, Listen mit schweren Fällen und Diagnosen sowie sonstige begründenden Unterlagen dem Antrag beizufügen.
- (2) Bei vorliegendem Feststellungsinteresse prüft die Prüfungsstelle die beantragten Praxisbesonderheiten und Verordnungsbedarfe und entscheidet über die Anerkennung in einem Feststellungsbescheid, der unter dem Vorbehalt der Abänderungsmöglichkeit steht. Die Praxisbesonderheiten sind detailliert darzustellen und dabei möglichst betragsmäßig genau zu beziffern. Die Feststellung von Praxisbesonderheiten ist in der Regel für einen Zeitraum von acht Quartalen zu treffen.

§ 16 - Verfahrenskosten

- (1) Das Verfahren vor der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss ist für den Vertragsarzt gebührenfrei.
- (2) Im Widerspruchsverfahren entscheidet der Beschwerdeausschuss über eine Kostenerstattung nach § 63 SGB X.
- (3) Soweit der Vertragsarzt aufgrund einer Kostenentscheidung der Sozialgerichte die Kosten des Verfahrens trägt, hat er die gem. § 2 Abs. 4 WiPrüfVO von den Vertragspartnern mit dem Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses für die Prozessvertretung vor Gericht vereinbarte Vergütung zu erstatten. Im Übrigen machen die am Verfahren beteiligten Körperschaften des öffentlichen Rechts für Prüfverfahren bzw. Sozialgerichtsverfahren gegenüber der dem Vertragsarzt sowie untereinander keine Kosten geltend.

Abschnitt 2 - Prüfungsarten

§ 17 - Prüfungsarten

Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss prüfen im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch folgende Prüfungsarten:

1. Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen nach § 106a SGB V i. V. m. den Richtlinien nach § 106a Abs. 3 SGB V:
 - Zufälligkeitsprüfung nach § 106a Abs. 1 SGB V (Anlage 5 - Zufälligkeitsprüfung)
2. Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen i. V. m. den Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V
 - Prüfung ärztlich verordneter Arzneimittel nach der gesonderten Wirkstoffvereinbarung - im Rahmen dieser Prüfungen werden von der Prüfungsstelle auch verordnete Leistungen von Ärzten geprüft, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 AMG beteiligt sind. Findet eine Prüfung nach der Wirkstoffvereinbarung nicht statt, so führt die Prüfungsstelle stichprobenhafte Prüfungen dieser verordneten Leistungen durch.
 - Prüfung ärztlich verordneter Heilmittel
 - Prüfung des von einer Arztpraxis verordneten Sprechstundenbedarfs (SSB)
 - Prüfung der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall / „Feststellung sonstigen Schadens“ - hierunter fallen auch Prüfungen weiterer Verordnungsbereiche (über den Arznei- und Heilmittel- sowie SSB-Bereich hinausgehende verordnete Leistungen nach § 2 Abs. 2 Rahmenvorgaben Wirtschaftlichkeitsprüfung) - § 18.

Soweit keine gesonderte Prüfungsart für einen Verordnungsbereich vereinbart ist, gilt grundsätzlich die Einzelfallprüfung.

3. Sonstige
 - Sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs

Eine Prüfung desselben Sachverhalts nach unterschiedlichen Prüfungsarten ist ausgeschlossen. Bei den genannten Prüfungsarten mit Ausnahme der Prüfungen der Wirtschaftlichkeit aus Anlass von Abrechnungsprüfungen nach § 106d SGB V wird geprüft, ob veranlasste Ausgaben für Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben, in den Ausgaben enthalten sind. Sollten veranlasste Ausgaben enthalten sein, sind diese zu bereinigen. Danach ist zu prüfen, ob die Voraussetzung zur Durchführung eines Prüfverfahrens noch gegeben ist.

§ 18 - Einzelfallprüfung

Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter oder veranlasster Leistungen auf Antrag / „Feststellung sonstigen Schadens“

- (1) Auf Antrag der KVH, einer Krankenkasse, ihres Verbandes oder der SSB-abwickelnden Stelle prüft die Prüfungsstelle auch für einzelne Behandlungsfälle oder für einzelne Verordnungen

- (a) die Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen,
 - (b) die Veranlassung von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstiger veranlasster Leistungen,
 - (c) die Zulässigkeit von Verordnungen,
 - (d) die schuldhafte Verletzung sonstiger vertragsärztlicher Pflichten, soweit durch die Verletzung gleichzeitig das Wirtschaftlichkeitsgebot berührt ist.
- (2) Dieses Verfahren beinhaltet auch die „Feststellung sonstigen Schadens“ gemäß § 48 Abs. 1 BMV-Ä. Es gilt nicht
- (a) für ärztliche Behandlungsfehler, für die dem Versicherten oder seiner Krankenkasse ein zivilrechtlicher Schadensersatzanspruch zusteht,
 - (b) für den Schaden aufgrund fälschlicher Angabe des zuständigen Kostenträgers (§ 48 Abs. 3 BMV-Ä) sowie
 - (c) für sonstige Schadensersatzansprüche der Krankenkassen, für die das Schlichtungsstellenverfahren gilt (§ 49 BMV-Ä).
- (3) Der Antrag soll der Prüfungsstelle innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Abschluss des Behandlungs- bzw. Verordnungsquartals¹ vorliegen. Er ist nur zulässig, wenn die (Netto-) Kosten der beanstandeten Verordnungen, Mittel oder Leistungen je Vertragsarzt und Quartal die Bagatellgrenze in Höhe von 30,00 Euro übersteigen. Der Antrag ist substantiiert zu begründen. Ihm sind alle zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Er hat auch Angaben zur Schadenshöhe zu enthalten. Bei Verordnungen, die durch die Krankenkassen genehmigt wurden, ist ein Antrag nach Absatz 1 nur zulässig, wenn begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des Verordnungsverhaltens im jeweiligen Verordnungsbereich insgesamt vorgebracht werden.
- (4) Sind bei einem von einer Krankenkasse oder ihrem Verband gestellten Antrag zur Prüfung der Beanstandungen die versichertenbezogenen Abrechnungsdaten, insbesondere die von der Arztpraxis angegebene Diagnose, erforderlich, übermittelt die Krankenkasse mit der Antragsbegründung für die benannten Fälle auch die Daten des § 295 Abs. 2 SGB V, ausgenommen hiervon sind Anträge, die sich auf die Verordnung von Sprechstundenbedarf und Impfstoffen beziehen. Die Antragstellung kann unter Verwendung des als Anlage 6 beigefügten Musterantrags erfolgen. Handelt es sich um einen von der KVH gestellten Antrag, übermittelt diese die erforderlichen versichertenbezogenen Abrechnungsdaten.
- (5) Bei der Beanstandung von Verordnungen sind dem Antrag die Rezeptimages auf Datenträger oder als Ausdruck beizufügen. Werden von einer Krankenkasse, einem Verband oder der SSB-abwickelnden Stelle standardisierte Anträge mit gleich gelagerten Prüfungssachverhalten gestellt, ist den Anträgen zusätzlich ein Datenträger mit den für die Prüfung erforderlichen Angaben in Listenform beizufügen. Die näheren technischen Einzelheiten zum Verfahren sind mit der Prüfungsstelle abzustimmen.
- (6) Der Antrag ist dem Vertragsarzt bekannt zu geben. Er erhält Gelegenheit zur Stellungnahme.

¹ Bei Rechnungen von sonstigen Lieferanten nach der SSB-Vereinbarung tritt an die Stelle des Verordnungsquartals das Quartal des Zugangs der Rechnung.

- (7) Stellt die Prüfungsstelle fest, dass die Beanstandungen berechtigt sind und der Vorrang der Beratung nicht eingreift, beschließt sie einen Erstattungsbetrag in Höhe der tatsächlich entstandenen oder geschätzten Kosten.

§ 19 - Prüfung der Wirtschaftlichkeit aus Anlass von Abrechnungsprüfungen nach § 106 d SGB V

- (1) Auf einen gemäß § 106d Abs. 4 SGB V durch die KVH, eine Krankenkasse oder ihren Verband gestellten Antrag prüft die Prüfungsstelle die Wirtschaftlichkeit abgerechneter Leistungen. Hierfür gelten die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes nach § 106d Abs. 6 SGB V sowie die zwischen den Vertragspartnern nach § 106d Abs. 5 SGB V geschlossene Vereinbarung, soweit dort Bestimmungen über das Verfahren zu den Anträgen an die Prüfungsstelle im Nachgang zu den Abrechnungsprüfungen des § 106d SGB V enthalten sind. Darüber hinaus gelten die nachstehenden Bestimmungen:
- (2) Die Prüfungsstelle ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen. Sie ist an den Antrag nicht gebunden. Es besteht ein Beurteilungsspielraum zur Anwendung einer sachgerechten Nachweismethode der Unwirtschaftlichkeit. Insoweit ist vorrangig die Möglichkeit eines statistischen Nachweises der Unwirtschaftlichkeit nach den Grundsätzen der Prüfung nach Durchschnittswerten zu prüfen. Dabei erfolgt die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen vor Eingreifen honorarwirksamer Begrenzungsregelungen. Im Übrigen gelten die Grundsätze der sog. eingeschränkten Einzelfallprüfung, gegebenenfalls mit Hochrechnung.
- (3) Stellt die Prüfungsstelle fest, dass Unwirtschaftlichkeiten bei der Abrechnung ärztlicher Leistungen bestehen und dass der Vorrang der Beratung nicht eingreift, kann sie in den Fällen des Absatz 2 Satz 3 eine pauschale Honorarkürzung beschließen, ansonsten eine Honorarkürzung in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten.

§ 20 - Sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs

- (1) Der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss obliegt gemäß den Bestimmungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung auch die sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs. Die Berichtigungsverfahren werden auf Antrag der SSB-abwickelnden Stelle durchgeführt. § 18 findet auf das Verfahren der sachlichen Berichtigung keine Anwendung, im Übrigen gelten die §§ 10 ff, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen vereinbart sind.
- (2) Der Antrag soll der Prüfungsstelle innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Abschluss des Ausstellungsquartals² der Verordnung vorliegen. Er ist nur zulässig, wenn die (Netto-) Kosten der beanstandeten Mittel je Quartal die Bagatellgrenze von 30,00 Euro übersteigen. Der Antrag ist zu begründen. Die Verordnungsunterlagen sind dem Antrag beizufügen.
- (3) Die Berichtigungsanträge sind grundsätzlich je Quartal für alle Arztpraxen als Sammelantrag unter Beifügung eines Datenträgers zu stellen, der die zur Prüfung der Anträge erforderlichen Angaben in verarbeitungsfähigem Listenformat enthält. Die

² Siehe Fußnote 1.

Einzelheiten der EDV-technischen Antragstellung sowie -bearbeitung sind zwischen der Prüfungsstelle und der SSB-abwickelnden Stelle abzustimmen.

- (4) Stellt die Prüfungsstelle fest, dass die Beanstandungen berechtigt sind, beschließt sie einen Regress in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Soweit der Regress die Bagatellgrenze von 20,00 Euro nicht übersteigen würde, erfolgt ein schriftlicher Hinweis. Über die getroffene Entscheidung erhält die Arztpraxis einen schriftlichen Bescheid. Die SSB-abwickelnde Stelle und die KVH erhalten die Entscheidungen grundsätzlich auf Datenträger in Form der bearbeiteten Antragsliste. Die Arztpraxis, die SSB-abwickelnde Stelle und die KVH können gegen die Entscheidung Widerspruch einlegen. Dieser hat aufschiebende Wirkung.
- (5) Zwischen Vertretern der SSB-abwickelnden Stelle, der KVH, den Krankenkassen/verbänden und der Prüfungsstelle findet in der Regel einmal im Quartal eine Konferenz statt, in der die Teilnehmer aktuelle Fragen der Anwendung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung erörtern. Die Erörterungen erfolgen mit dem Ziel, weitgehend inhaltlich abgestimmte Ergebnisse als Grundlage der seitens der SSB-abwickelnden Stelle zu stellenden Berichtigungsanträge, der Kriterien für die Entscheidungen der Prüfungsstelle sowie der Beratung durch die KVH zu erhalten. Die Erörterungsergebnisse der Quartalskonferenz sind für die Beteiligten nicht bindend. Stellt die Quartalskonferenz einen durch die Bestimmungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung nicht abgedeckten Versorgungsbedarf fest, informiert sie die Vertragspartner der Sprechstundenbedarfsvereinbarung.

§ 21 - Aufteilung von Erstattungsbeträgen (aus der Wirkstoffvereinbarung)

Festgesetzte Erstattungsbeträge aus Prüfverfahren (nach der Wirkstoffvereinbarung) werden im Verhältnis der Verordnungskosten (netto) der jeweiligen Krankenkassen bzw. der Verbände zum Verordnungsvolumen des Vertragsarztes verteilt. Liegen trotz Anforderung der Prüfungsstelle die Daten einzelner Krankenkassen nicht vor, sind Erstattungsbeträge für diese Kassen nicht zu vollziehen.

§ 22 - Vollzug von Maßnahmen nach § 13 Abs. 2 Nr. 3-5

- (1) Wenn Maßnahmen nach § 13 Abs. 2 Nr. 3-5 von der Prüfungsstelle bzw. dem Beschwerdeausschusses zu vollziehen sind, leitet die Prüfungsstelle Buchungsanweisungen zur Belastung mit dem Vertragsarztkonto an die KVH weiter. Die KVH leitet fällige Beträge unverzüglich nach Erhalt der Buchungsanweisung an die Krankenkassen, die Verbände bzw. die SSB-abwickelnde Stelle entsprechend der Formblattrichtlinien weiter (s. hierzu Anlage 7).
- (2) Kann der Vertragsarzt die Rückzahlung nicht ohne Gefährdung der Praxisexistenz leisten, kann die KVH eine Vereinbarung über Ratenzahlungen treffen. Eine Zustimmung der Krankenkassen hierzu ist erforderlich, wenn es sich um Forderungen von Krankenkassen handelt und keine Haftung der KVH aus der Gesamtvergütung vorliegt. Zinsen aus dem Forderungsbetrag werden nicht geltend gemacht.

§ 23 - Salvatorische Klausel

- (1) Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung, einschließlich der Anlagen, ganz oder teilweise nicht rechtswirksam sein oder ihre Rechtskraft später verlieren, so bleibt hierdurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung im Übrigen davon unberührt.
- (2) Anstelle der unwirksamen Regelung oder zur Auffüllung einer Lücke soll diejenige Regelung treten, die zulässig ist und den Absichten der Vertragspartner, wie sie aus der Gesamtheit der Bestimmungen dieser Vereinbarung ersichtlich sind, am meisten entspricht.
- (3) Dies gilt bereits jetzt zwischen den Vertragspartnern als vereinbart; die Vertragsschließenden sind jedoch alsdann verpflichtet, die unwirksamen Bestimmungen durch rechtlich wirksame Bestimmungen zu ersetzen, die dem Zweck der Vertragspartner am weitesten nahe kommen.

§ 24 - Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2018 in Kraft.
- (2) Einvernehmliche Änderungen der Prüfungsvereinbarung einschließlich der Anlagen in Form von Nachträgen zu dieser Vereinbarung erfordern keine Kündigung der vorliegenden Prüfungsvereinbarung.
- (3) Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden. Im Fall einer Kündigung gilt die Vereinbarung bis zum Inkrafttreten der Folgevereinbarung weiter.

Hamburg, den _____

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Hamburg, den _____

.....
AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

Hamburg, den _____

.....
BKK-Landesverband NORDWEST
zugleich für die SVLFG als LKK

Hamburg, den _____

.....
IKK classic

Hamburg, den _____

.....
Knappschaft, Regionaldirektion Nord, Hamburg

Hamburg, den _____

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

Anlage 1: Regelung Kostentragung und Datenlieferungen nach § 1 Abs. 5

Präambel:

Nach § 1 Abs. 5 dieser Prüfungsvereinbarung in Verbindung mit § 106 Abs. 1 Satz 3 SGB V kann die Prüfungsstelle in der ambulanten Versorgung auch mit der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung beauftragt werden. Dazu ist eine Regelung zum Kostenersatz durch die Krankenkassen sowie zur Datenlieferung erforderlich. Hierzu bestimmen die Vertragspartner folgendes:

§ 1

(1) Die Parteien einigen sich auf eine pauschale Aufteilung der Kosten der Prüftätigkeit der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses im Verhältnis

49 % (KV Hamburg) zu 51 % (GKV Hamburg) .

(2) Nach Ablauf eines Kalenderjahres überprüfen die Vertragspartner jeweils, ob die Prüftätigkeit der Prüfungsstelle bezogen auf die ärztlichen Verordnungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung dieser Quote entspricht und verständigen sich auf einen Ausgleich oder eine Anpassung.

§ 2

Die Krankenkassen haben der Prüfungsstelle valide und dem Umfang nach zur Prüfung ausreichende Daten zu übermitteln.

§ 3

Diese Anlage tritt zum 01.01.2018 in Kraft. Es gelten die Kündigungsregelungen der Prüfungsvereinbarung (§ 24).

Anlage 2: Entschädigungsregelung

Der unparteiische Vorsitzende und seine Stellvertreter erhalten als Entschädigung für ihre Tätigkeit

- (1) einen monatlichen Grundbetrag von 750,00 Euro
- (2) einen sitzungsbezogenen Pauschbetrag von 350,00 Euro, mit dem auch die Vor- und Nacharbeit der Sitzungen sowie ggf. erforderliche Auslagen abgegolten sind,
- (3) ein Sitzungsgeld in Höhe von 19,00 Euro je angefangene Stunde zuzüglich einer Wegestunde für An- und Abfahrten.

Bei der Bemessung des Grundbetrages wird eine gleichmäßige Arbeitsverteilung zwischen den Vorsitzenden und Stellvertretern zugrunde gelegt.

Anlage 3: Datensatzbeschreibung Prüfungsstelle

Arzneimittel:

Die Datensatzlieferung für Arzneimittel erfolgt nach der Datensatzbeschreibung in Anlage 5 und 6 der Wirkstoffvereinbarung.

Heilmittel:

Die nachfolgenden Punkte beschreiben die Datenlieferungen von Heilmitteldaten an die Prüfungsstelle.

Satzbeschreibung:

VSW-Blatt-Hei-3 (siehe Seite 2 ff.)

Prozess der Datenübermittlung

Die Daten werden der Prüfungsstelle durch die Vertragspartner innerhalb der in der Prüfvereinbarung genannten Fristen zur Verfügung gestellt. Die Übersendung erfolgt auf dem Postwege auf CD-ROM im Format ISO-9660. Kompression nach dem Standard ZIP ist möglich. Die Lieferung bzw. Übermittlung dieser Daten ist auch über andere, gesicherte Zugriffe (zum Beispiel Abholung über geschütztem SFTP-Server-Zugang, Kennwort geschützte Mail, etc.) möglich.

3.9 VSW-Blatt-HEI-3

| | Beschreibung |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Datensatzversion | V310 |
| Letzte Änderung | 08.06.2015 |
| Inhalt | Datensatz eines Heilmittelblatts, ergänzt um die Felder Indikationsschlüssel, Kennzeichen, Verordnungsart, insgesamt 5 Felder für die Diagnose (ICD-10-GM-Code) und Art der Genehmigung. Basis ist der Datensatz VSW-Blatt-HEI |
| Frühestens zu verwenden ab | Verordnungsjahr 2013 |
| Verwendung | Entsprechend dem Wert des Dateinamensfelds <i>Versichertendaten</i> (Stelle 15) wird in Feld 5 entweder der Versichertenstatus (1, 3, 5 für M, F, R) oder die Altersgruppe (1, 2, 3, 4) geliefert. Ist der Versichertenstatus bzw. die Altersgruppe unbekannt wird als Statuskennung 0 geliefert. Werden die Daten für eine Verarbeitung nach Altersgruppe geliefert, so kann die Altersgruppe innerhalb der DZS jeweils aus dem im Satz gelieferten Geburtsdatum errechnet werden. Ist dies vereinbart und gewünscht, so ist als Altersgruppe der Wert 9 einzutragen. |
| mögl. Absender | Kasse, DZS |
| mögl. Empfänger | DZS, Kasse, KV, Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen |
| Verordnungsart | 2 (Heilmittel) |
| Besonderheiten | ¹ Das Feld wird bei der Ausgabe von Daten aus der DZS-Express ggf. zu einem Kann-Feld. Weitere Informationen siehe „DZS-VSW - Details zur Landesausprägung“. |
| Hinweis 1 | Bei diesem Datensatz handelt es sich um ein Satzformat mit variabler Feldanzahl. Der Leistungsblock 1 ist zwingend zu belegen. Die folgenden Leistungsblöcke 2-30 sind, sofern vorhanden, aufsteigend zu belegen. Der jeweilige Datensatz (die Zeile) endet mit dem jeweils letzten befüllten Leistungsblock. Auf das Anfügen von leeren Semikolonfolgen bis Leistungsblock 30 (Feld 140) ist zu verzichten. |
| Hinweis 2 | Die aufgeführte Unterteilung der Altersgruppen ist derzeit ein Vorschlag. Auf Regionalebene kann die Unterteilung der Altersgruppen abweichen. Details werden in den regionalen Festlegungen getroffen. Diese entscheiden über die Anzahl der Altersgruppen, sowie die Definition der Altersbereiche der jeweiligen Gruppenkennung. |

| Nr | Bezeichnung | Max. Stellenzahl | Feldtyp | Muss/Kann | Beschreibung |
|----|--------------------------------------|------------------|---------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | Datensatzversion | 4 | AN | M | Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V310 einzutragen |
| 1 | Arztnummer | 9 | AN | M | Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Vertragsarztnummer |
| 2 | Betriebsstättennr. | 9 | AN | M | Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Betriebsstättennummer |
| 3 | Verordnungsquartal | 5 | AN | M | JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J] |
| 4 | IK der Krankenkasse | 9 | AN | M ¹ | Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt |
| 5 | Versichertenstatus oder Altersgruppe | 1 | N | M | Wenn Dateiname Stelle 15 = 0-2 0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner Wenn Dateiname Stelle 15 = A-C 0 = unbekannt |

| Nr | Bezeichnung | Max. Stellenzahl | Feldtyp | Muss Kann | Beschreibung |
|----|----------------------------|------------------|---------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | 1 = 0 – 15 Jahre 2 = 16 – 49 Jahre 3 = 50 – 64 Jahre 4 = ab 65 Jahre 9 = Altersgruppe in DZS aus Geburtsdatum berechnen |
| 6 | Belegidentifikation | ..30 | AN | K | Reserve für eine generierte "BelegNr" (siehe HIS) |
| 7 | Heilmittelblattdatum | 8 | N | M | JJJJMMTT, Datum der Ausstellung Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Verordnungsdatum |
| 8 | Versichertennummer | ..50 | AN | M | Nicht mit Leerzeichen auffüllen, eventuell pseudonymisiert (siehe Landesvereinbarung und Kapitel 1.4 Pseudonymisierung der Versichertennummer) |
| 9 | Geburtsdatum | 8 | N | M | JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar |
| 10 | Indikationsschlüssel | ..4 | AN | M | Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Indikationsschlüssel Wenn kein Wert hierfür vorhanden ist, muss der Wert = "9999" verwendet werden. |
| 11 | Art der Genehmigung | 2 | AN | M | „B1“ - Genehmigung gemäß § 8 Abs. 4 Heilmittelrichtlinie (Einzelverordnungsbezogene Genehmigung) „B2“ - Genehmigung gemäß § 8 Abs. 5 Heilmittelrichtlinie (Langfristige Genehmigung) Beide Schlüssel werden exakt nach DTA § 302, TA 1: SLLA / SKZ – Segment (siehe Anlage 3 zur TA, Schlüsselverzeichnis 8.1.17 , Feld „Art der Genehmig“ geliefert. „B3“ kennzeichnet ebenfalls Genehmigungen gemäß § 8 Abs. 5 Heilmittelrichtlinie (Langfristige Genehmigung) Dieser Schlüssel kann alternativ zum Schlüssel „B2“ belegt werden, wenn der Schlüssel „B2“ nicht geliefert wird aber von den Kassen die Information vorliegt, dass es sich um eine langfristige Genehmigung handelt. In diesem Fall wird die Information zusätzlich von der DZS in die Datenstruktur übernommen. „00“ wird belegt, wenn kein Wert vorhanden ist. |
| 12 | Kennzeichen Verordnungsart | 2 | N | M | Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Kennzeichen Verordnungsart bei Heilmitteln Wenn kein Wert hierfür vorhanden ist, muss der Wert = "99" verwendet werden. |
| 13 | Diagnose1 | ..12 | AN | K | ICD-10-GM-CODE Exakt nach TA-1: SLLA / DIA – Segment Feld -> Diagnoseschlüssel <i>Bis zu 4 weitere Diagnosen sind möglich.</i> |
| 14 | Diagnose2 | ..12 | AN | K | Weitere ICD-10-GM-CODE |
| 15 | Diagnose3 | ..12 | AN | K | Weitere ICD-10-GM-CODE |
| 16 | Diagnose4 | ..12 | AN | K | Weitere ICD-10-GM-CODE |
| 17 | Diagnose5 | ..12 | AN | K | Weitere ICD-10-GM-CODE |
| 18 | Gesamtbrutto | ..15 | N | M | Bruttosumme In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen |
| 19 | Gesamtzuzahlung | ..15 | N | M | In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen |

Anlage 4: Liste der Kostenerstattungsfälle

| |
|---------------|
| Kassenstempel |
|---------------|

Ort: _____
Datum: _____
Kassennummer: _____
Quartal: _____

Kassenärztliche Vereinigung

Abgabetermine: Gem. § 4 der Vereinbarung binnen zwei Monaten nach Ablauf des Quartals, für das die Anrechnung erfolgen soll

Meldung der Versicherten gern. der Vereinbarung über die Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3a Satz 5 SGB V

| | Versicherte nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b der Vereinbarung |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1. Stichtag 1.1 / 1.4 / 1.7 / 1.10 | <input type="text"/> |
| 2. Stichtag 1.2 1.5 1.8 1.11 | <input type="text"/> |
| 3. Stichtag 1.3 / 1.6 / 1.9 / 1.12 | <input type="text"/> |
| 4. Summe der Stichtage 1. - 3 | <input type="text"/> |
| 5. Statistisches Mittel (Summe 4. div. durch 3) | <input type="text"/> |

Die Krankenversicherungsnummern, Name, Vorname, Geburtsdatum, PLZ und Kennzeichen gem. § 1 der Vereinbarung aller gemeldeten Versicherten, die Kostenerstattung nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b der Vereinbarung gewählt haben, sind dieser Meldung als Anlage beigefügt.

Unterschrift

Anlage

Ort: _____
Datum: _____
Kassennummer: _____
Quartal: _____

| Lfd. Nr. | Kranken- versicherten- nummer | Name | Vorname | Geburtsdatum | PLZ |
|-------------|-------------------------------------|------|---------|--------------|-----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Anlage 5: Zufälligkeitsprüfung (Stichproben) nach § 106a SGB V

(1) Die Stichprobe umfasst 2 v. H. der abrechnenden Ärzte, Psychotherapeuten sowie ärztlich geleiteten Einrichtungen (Ärzte genannt). Als Stichprobengruppen werden vereinbart:

- a. Hausärzte
- b. Fachärzte
- c. Ermächtigte
- d. Psychotherapeuten

(2) Der Prüfzeitraum umfasst alle Quartale eines Kalenderjahres, beginnend ab 01.01.2011

(3) Die KVH ermittelt für jedes Quartal die Stichprobe per EDV-gestützten Zufallsgenerator in Anwesenheit des Justizars oder - bei dessen Verhinderung - eines anderen Juristen mit der Befähigung zum Richteramt.

Die Stichprobenziehung soll je Quartal bis acht Wochen nach Ende des Prüfzeitraumes erfolgen. Das für das letzte Quartal des Prüfzeitraumes gültige Arztstammdatenverzeichnis bildet die Grundlage der zu bestimmenden Stichprobe. Das Ergebnis der Stichprobenziehung wird der Prüfungsstelle auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträger übermittelt.

(4) Die Prüfungsstelle unterzieht die von der KVH gezogene Stichprobe einer Überprüfung. Folgende Arztpraxen unterliegen nicht der Zufälligkeitsprüfung:

Arztpraxen,

- a. die auf den Prüfzeitraum bezogen einer Auffälligkeitsprüfung, Durchschnittsprüfung oder Prüfung im Einzelfall unterliegen,
- b. die innerhalb der letzten acht Quartale ergebnislos in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen waren,
- c. die erst weniger als drei Quartalsabrechnungen vorgelegt haben oder
- d. die weniger als 50 Behandlungsfälle/Quartal abgerechnet haben.

Dies betrifft auch die Sachverhalte, die bereits Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach einer anderen Prüfmethode oder einer Abrechnungs- oder Qualitätsprüfung gewesen sind.

Die Grundgesamtheit zur Stichprobenziehung ist hiervon unberührt, d. h. wird nicht um diese oder ggf. in den Richtlinien genannte, von der Zufälligkeitsprüfung ausgenommenen Fälle bereinigt. Die Bereinigung erfolgt durch die Prüfungsstelle.

(5) Die Prüfungsstelle informiert auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträger die KVH und die Krankenkassen/-verbände über die nach der Bereinigung in der Zufälligkeitsprüfung verbleibenden Arztpraxen. Die Prüfungsstelle informiert außerdem die in die Stichprobe einbezogenen Arztpraxen.

- (6) Die Vertragspartner vereinbaren folgende Prüfungsgegenstände:
- Prüfung der in Gebührenordnungsnummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) abgebildeten ärztlichen Leistungen,
 - Prüfung von veranlassten Leistungen, insbesondere von aufwendigen Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten,
 - Prüfung der Durchführung von Leistungen durch den Überweisungsempfänger,
 - Prüfung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit
- (7) Als Anhaltspunkt für die Prüfungsstelle für die konkrete Bewertung der Beurteilungskriterien wird die Anlage 2 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V vereinbart.
- (8) Im Übrigen gelten die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung als unmittelbarer Bestandteil dieser Vereinbarung

Anlage 6: Musterantrag

| |
|-----------|
| Verordner |
| Arzt |
| BSNR |

| Versicherter | VO Datum | PZN | Artikel | Wirkst.-Stärke | Anzahl | Darrf. | Faktor | Brutto Einzel | Brutto gesamt | Zuzahlung | RBT Apo | RBT Herst | RBT gem. RBT-Vereinb. | RBT Gen | RBT Mor | Netto |
|--------------|----------|-----|---------|----------------|--------|--------|--------|---------------|---------------|-----------|---------|-----------|-----------------------|---------|---------|-------|
|--------------|----------|-----|---------|----------------|--------|--------|--------|---------------|---------------|-----------|---------|-----------|-----------------------|---------|---------|-------|

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--------------|--|--|------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| x. Quartal 201x | | | Arzneimittel | | | Tbl. | | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € |
| Name, Vorname EKNR | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--------------|--|--|------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| x. Quartal 201x | | | Arzneimittel | | | Tbl. | | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € |
| Name, Vorname EKNR | | | Arzneimittel | | | Tbl. | | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--------------|--|--|------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| x. Quartal 201x | | | Arzneimittel | | | Tbl. | | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 0,00 € |
| Name, Vorname EKNR | | | | | | | | | | | | | | | | |

gesamt 0,00 €

Anlage 7: Verrechnung von festgesetzten Maßnahmen nach § 13 Abs. 2 Nrn. 3-5 sowie Regress- und Schadensersatzansprüchen

1. Es gelten die Grundsätze des § 52 Abs. 2 BMV-Ä. Die Verrechnung mit Entscheidungen der Prüfungsgremien gemäß nachstehender Vorschriften bleibt hiervon unberührt.
2. Festgesetzte Erstattungsbeträge aus Prüfverfahren werden im Verhältnis der Verordnungskosten (netto) der jeweiligen Krankenkassen bzw. Verbände/Kassenarten zum Verordnungsvolumen des Vertragsarztes verteilt. Liegen trotz Anforderung der Prüfungsstelle die Daten einzelner Krankenkassen nicht vor, sind Erstattungsbeträge für diese Kassen nicht zu vollziehen.
3. Die Prüfungsstelle führt einmal im Quartal eine Abrechnung der Regresse für die KVH durch. Hierzu erstellt sie eine Tabelle mit Angabe der Formblatt-3-Positionen bzw. Nennung der Art/Leistung, in die sie
 - fällige Regresse, Regresse aus sonstigen Verordnungsprüfungen nach einer durch die KVH durchgeführten Verrechnung mit Honorarforderungen darstellt.
 - Kontenart 395, Vorgänge 40 u. 43 - Erstattung für Arznei- und Verbandmittel, auch SSB
 - Kontenart 396, Vorgang 41 - Erstattungen für Heilmittel,
 - Kontenart 399, Vorgang 41 - Regresse wg. unzulässig veranlasster Leistungen, die Regresse wg. sonstigen Schadens werden den jeweiligen Kontenarten zugeordnet, oder zumindest die Leistung benannt, damit die KVH die Kontenzuordnung vornehmen kann.

Diese Tabelle wird den Krankenkasse bzw. den Verbänden auf Antrag von der Prüfungsstelle zur Verfügung gestellt.

4. Die KVH setzt den jeweils auf die einzelne Krankenkasse entfallenden Betrag in der nächsten Quartalsabrechnung unter den vorgesehenen Formblattpositionen ab. Hierzu erstellt die KVH je Quartal für die Krankenkassen eine gesonderte nachvollziehbare Auflistung der Regresse je Konten/Vorgängen mit der Angabe des Verrechnungsquartals gem. der Formblatt-3-Abrechnung.
5. Sollten festgestellte Erstattungsbeträge aus Prüfverfahren nicht entsprechend § 22 mit einer Honorarforderung verrechenbar sein, so gibt die KVH der Prüfungsstelle die Buchungsanweisung unter Angabe des Grundes (z. B. Tod, kein Honorarkonto mehr etc.) und der letzten bekannten Privatanschrift des Arztes zurück (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 u. 2 SGB X). Die Prüfungsstelle übermittelt dem jeweiligen Forderungsinhaber, der zur unmittelbaren Einziehung berechtigt ist, folgende Angaben:
 - a. Name des Arztes
 - b. Praxisanschrift
 - c. BSNR und LANR
 - d. Letzte bekannte Privatanschrift des Arztes

- e. Forderungshöhe in Euro
- f. Forderungsgrund durch Beifügung der Entscheidung im Original (vollstreckbare Ausfertigung).

Die Gesamtheit der Krankenkassen und ihrer Verbände ersuchen die Prüfungsstelle im Wege der Amtshilfe nach § 69 Abs. 1 Nr. 1. und 2. SGB X die Mitteilungen a. bis f. vollständig vorzunehmen.

Protokollnotiz vom 12.10.2017 zur Prüfungsvereinbarung in der Fassung vom 01.01.2017 und des 5. und 6. Nachtrages zur Prüfungsvereinbarung vom 01.01.2016

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Regelung der o. g. Anlage 7 Ziff. 5 auch für festgesetzte Maßnahmen vor dem 01.01.2017 anzuwenden ist.