

**Vereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der
vertragsärztlichen Versorgung (Prüfvereinbarung)
(§ 106 Abs. 3 SGB V)**

(Prüfvereinbarung Stand: 01.04.2013 mit allen Änderungen seit 2008)

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

und

der AOK – Die Gesundheitskasse im Saarland

dem BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland

der Knappschaft – Verwaltungsstelle Saarbrücken

der IKK Südwest-Direkt

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg

- vertreten durch die Landesvertretung Saarland -

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

- vertreten durch die Landesvertretung Saarland –

Inhaltsverzeichnis

Präambel	4
Allgemeiner Teil / Geschäftsordnung:	4
§ 1 Grundsatz	4
§ 2 Prüfung der Wirtschaftlichkeit	5
§ 3 Prüfungsstelle	5
§ 4 Beratungskommission	6
§ 5 Verfahren vor der Prüfungsstelle	6
§ 5a Individuelle Beratung des Vertragsarztes nach § 106 Abs. 5e SGB V	7
§ 6 Widerspruch	8
§ 7 Zusammensetzung des Beschwerdeausschusses; Amtsdauer und Rechtstellung der Mitglieder	9
§ 8 Vorsitz, Beschlussfähigkeit	10
§ 9 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss	11
§ 10 Mitwirkungspflicht des Vertragsarztes	13
§ 11 Prüfdatei	13
§ 12 Einleitung von Verfahren	14
Besondere Teil/ Prüfarten und Methoden	15
§ 13 Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung	15
§ 14 Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößenvolumina (Auffälligkeitsprüfung)	16
§ 15 Prüfung der Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage von Stichproben	18
§ 16 Statistische Daten für die quartalsweise Prüfung nach Durchschnittswerten	19

§ 17	Auswahl zur Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten	22
§ 18	Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten	24
§ 19	Prüfung der vertragsärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten	25
§ 20	Prüfung auf Unwirtschaftlichkeit im Einzelfall	29
§ 21	Feststellung eines sonstigen Schadens	30
§ 22	Umsetzung der Prüfergebnisse	31
§ 23	Inkrafttreten, Kündigung, salvatorische Klausel	32

Anlagen:

Protokollnotiz zu § 2	34
Anlage 1a Datensatzbeschreibung Arzneimittel	35
Anlage 1b Datensatzbeschreibung Heilmittel	37

Präambel

(1) Diese Prüfvereinbarung regelt gemäß § 106 Abs. 3 Satz 1 SGB V die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung, die den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen soll. Die Prüfvereinbarung findet Anwendung für die vertragsärztliche Tätigkeit der im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zugelassenen Ärzte, ermächtigten Ärzte, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen, medizinische Versorgungszentren (MVZ), Hochschulambulanzen, zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten, zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ermächtigten Psychologischen Psychotherapeuten, ermächtigten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und entsprechenden Einrichtungen auf dem psychotherapeutischen Sektor (sofern bei letzteren die Abrechnung über die KVS erfolgt), im folgenden Vertragsarzt genannt. Die Vereinbarung gilt auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen (§ 106 Abs. 6 Satz 1 SGB V).

(2) Nach § 106 SGB V erfolgt die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Regelungen dieser Vereinbarung durch die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Saarland.

(3) Für Anträge nach § 5 Abs. 3 Satz 1 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gemäß § 106a Abs. 6 Satz 1 SGB V gelten die in dieser Prüfvereinbarung festgelegten Antragsfristen nicht.

Allgemeiner Teil

§ 1 Grundsatz

(1) Über die Einhaltung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung entscheiden die Prüfungsstelle sowie der Beschwerdeausschuss.

(2) Beteiligte am Verfahren vor der Prüfungsstelle sowie dem Beschwerdeausschuss sind

- a) der betroffener Vertragsarzt,
- b) die betroffene(n) Krankenkasse(n) und / oder deren Verband / Verbände,
- c) die Kassenärztliche Vereinigung Saarland.

§ 2 Prüfung der Wirtschaftlichkeit

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Partner dieser Vereinbarung eine gemeinsame Prüfungsstelle sowie einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Der Beschwerdeausschuss gliedert sich in Kammern. Über die gegebenenfalls notwendige Einrichtung zusätzlicher Kammern ist zwischen den Partnern dieser Vereinbarung Einvernehmen herzustellen. Die Zuständigkeit dieser Kammern regeln die Partner dieser Vereinbarung (siehe Protokollnotiz).

§ 3 Prüfungsstelle

(1) Die Prüfungsstelle hat insbesondere:

1. Daten/sonstige Unterlagen für die Prüfungen nach §106 Abs. 2 SGB V aufzubereiten, zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentliche Feststellungen zu treffen und zu entscheiden, ob gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen wurde und welche Maßnahmen zu treffen sind
2. das Zustandekommen der Entscheidungen zu protokollieren ,
3. die Niederschriften und Bescheide zu erstellen,
4. Stellungnahmen zu Verfahren, Niederschriften und Bescheide sowie die Protokolle zu versenden,
5. die Prüfsachen zu führen,
6. ein laufendes Verzeichnis über die eröffneten Prüfungsverfahren, den Verfahrensstand, Widersprüche, Klageverfahren und deren Ergebnisse zu führen,
7. die Einnahmen- und Ausgabenübersicht und den Rechenschaftsbericht nach § 4 Abs. 4 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung vom 05.01.2004 in der jeweils aktuellen Fassung vorzubereiten,
8. für jedes Kalenderjahr für Zwecke des § 106 Abs. 7 Sätze 2 und 3 SGB V einen Bericht über die Anzahl der eröffneten und abgeschlossenen Beratungen, Prüfungen

sowie der festgesetzten Maßnahmen zu erstellen. Dieser Bericht ist bis zum 15. Februar des Folgejahres den Vertragspartnern vorzulegen.

(2) Eine Kopie des laufenden Verzeichnisses nach Abs. 1 Nr. 6 ist den Vertragspartnern in begründeten Fällen innerhalb von 4 Wochen zu übersenden.

(3) Die Prüfungsstelle unterstützt den Beschwerdeausschuss organisatorisch bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte.

§ 4 Beratungskommission

(1) Die Beratungskommission (§ 6 der Geschäftsordnung über die gemeinsame Prüfungsstelle) berät die Prüfungsstelle bei der Auswahl der zu prüfenden Ärzte.

(2) Die Prüfungsstelle lädt die Mitglieder der Beratungskommission bei Bedarf oder auf Verlangen eines der Mitglieder der Beratungskommission zur Erörterung spezieller Fragestellungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ein.

§ 5 Verfahren vor der Prüfungsstelle

(1) Die Beschlussfassung findet im schriftlichen, nicht öffentlichen Verfahren statt.

(2) Die Prüfungsstelle kann eine Prüfung durch einen Prüfarzt der gleichen Arztgruppe bzw. einen oder auch mehrere geeignete ärztliche Vorprüfer veranlassen.

Der Prüfungsstelle kann Sachverständige hinzuziehen. Der betroffene Arzt kann sich gemäß § 13 SGB X vertreten lassen.

(3) Die Prüfungsstelle entscheidet durch Beschluss.

Der Beschluss ist zu begründen, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und vom Leiter der Prüfungsstelle bzw. von einer von ihm benannten Person zu unterzeichnen. Der Beschluss soll den Verfahrensbeteiligten innerhalb von einem Monat nach Beschlussfassung zugehen. Ausfertigungen des Beschlusses erhalten:

- der betroffene Arzt bzw. dessen Bevollmächtigte,
- die Verbände der Krankenkassen,
- die Krankenkasse (bei Entscheidungen über von ihr gestellte Anträge),

- die Kassenärztliche Vereinigung Saarland.

(4) Stellt die Prüfungsstelle bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung in einem die Prüfung ausschließenden Umfang sachlich/rechnerische Fehler oder sonstige Beanstandungen fest, setzt sie das Verfahren aus und leitet die Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zu. Die vereinbarten Antragsfristen für sachlich/rechnerische Beanstandungen gelten in diesem Fall als gewahrt. Nach Prüfung und Richtigstellung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland wird das ausgesetzte Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung wieder aufgenommen. Sachliche und rechnerische Berichtigungen können dann von der Prüfungsstelle berücksichtigt werden, wenn hierdurch die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nicht beeinträchtigt wird. Die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zur Durchführung der Berichtigungen bleibt hiervon unberührt.

(5) Stellt die Prüfungsstelle fest, dass ein Vertragsarzt insbesondere nach vorausgegangenen Maßnahmen nicht erkennen lässt, dass er zur wirtschaftlichen Behandlungs- und/oder Verordnungsweise bereit ist, so hat sie den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und die Kassenverbände zu unterrichten. Über die eingeleiteten Maßnahmen sind die Prüfungsstelle und die Verbände der Krankenkassen in Kenntnis zu setzen.

(6) Die Prüfungsstelle kann einen Wechsel der Prüfmethode vornehmen, wenn sie feststellt, dass die ursprünglich gewählte bzw. beantragte Prüfmethode eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nicht ermöglicht oder erschwert, weil notwendige Informationen nicht zu erlangen bzw. zu ermitteln sind und/oder im Rahmen der gewählten Prüfmethode nicht zur Verfügung stehen.

„§ 5a Individuelle Beratung des Vertragsarztes nach § 106 Abs. 5e SGB V

(1) Über eine bevorstehende individuelle Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V informiert die Prüfungsstelle die Mitglieder der Beratungskommission nach § 6 der Geschäftsordnung über die gemeinsame Prüfungsstelle sowie die GKV-Kassenverbände mindestens 14 Tage schriftlich im Voraus.

(2) Die schriftliche Ankündigung der Prüfungsstelle mit Beratungstermin, Tag, Uhrzeit, und Ort wird zusammen mit dem Prüfbescheid übermittelt.

(3) Über das Beratungsgespräch ist innerhalb von 14 Tagen ein schriftliches Protokoll durch die Prüfungsstelle anzufertigen. Aus diesem Protokoll geht hervor: Beginn und Ende, Teilnehmende am Beratungsgespräch, zu beratender Vertragsarzt, Beratungsgegenstand, herangezogene Beratungsunterlagen sowie das Beratungsergebnis.

(4) Sofern der zu beratende Vertragsarzt in begründeten Fällen eine oder mehrere Praxisbesonderheiten beantragt hat, entscheidet die Prüfungsstelle über den Antrag in einem gesonderten Bescheid.

(5) Den Mitgliedern der Beratungskommission und den GKV-Kassenverbänden ist eine Abschrift dieses Protokolls auf Anforderung zuzusenden.

(6) Ein Mitglied/stv. Mitglied der Beratungskommission der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland hat das Recht, nach Vorankündigung an diesem Beratungsgespräch teilzunehmen.“

§ 6 Widerspruch

(1) Gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle können sowohl der betroffene Arzt, die Kassenärztliche Vereinigung Saarland, die Verbände der Krankenkassen als auch die betroffene Krankenkasse innerhalb eines Monats schriftlich beim Beschwerdeausschuss Widerspruch einlegen. Der Widerspruch soll innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der Widerspruchsfrist begründet werden. Nach Ablauf dieser Frist kann auch ohne Vorliegen einer Begründung entschieden werden.

(2) Die Prüfungsstelle gibt dem Arzt, der Kassenärztlichen Vereinigung, den Verbänden der Krankenkassen und der Krankenkasse bei von ihr gestellten Anträgen von dem Widerspruch Kenntnis, soweit diese nicht selbst Widerspruchsführer sind. Der Beschwerdeausschuss entscheidet über den Widerspruch, sofern der Widerspruchsführer diesen aufrecht erhält.

§ 7 Zusammensetzung des Beschwerdeausschusses; Amtsdauer und Rechtsstellung der Mitglieder

(1) Der Beschwerdeausschuss besteht je Kammer aus einem unparteiischen Vorsitzenden und jeweils drei fachkundigen Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen. Es sind Stellvertreter in ausreichender Zahl zu benennen.

(2) Die Amtsperiode der Mitglieder des Beschwerdesausschusses beträgt zwei Jahre und endet erstmals am 31.12.2009. Die Mitglieder bleiben nach Ablauf der Amtsperiode im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten. Wird innerhalb einer Amtsperiode ein Mitglied neu berufen, so endet auch dessen Amt mit dem Ende dieser Amtsperiode. Unbeschadet von Satz 1 bis 2 haben die Kassenärztliche Vereinigung Saarland und die Verbände der Krankenkassen das Recht die jeweils von ihnen entsandten Mitglieder von ihrem Amt zu entbinden. Die anderen Vertragspartner sind hiervon durch die Prüfungsstelle nach § 3 dieser Vereinbarung zu informieren.

(3) Ein ärztliches Mitglied darf bei der Prüfung bei seiner eigenen ärztlichen Tätigkeit oder der eines Angehörigen im Sinne von § 16 Abs. 5 SGB X nicht mitwirken. Das gleiche gilt für Partner einer Gemeinschaftspraxis oder Praxismgemeinschaft bzw. Partner/Angestellte eines MVZ.

(4) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie sind bei Ausübung ihres Amtes gegenüber den sie entsendenden Organisationen fachlich nicht weisungsgebunden. Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten, die Rechte und Pflichten eines Mitglieds.

(6) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sind verpflichtet an den Sitzungen teilzunehmen; bei Verhinderung haben sie die Prüfungsstelle zu benachrichtigen

(7) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sowie ihre Stellvertreter 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 Beratungen und Abstimmungen. Eine sachliche Berichterstattung über die Verfahrensergebnisse gegenüber den entsendenden Stellen bleibt hiervon unberührt.

(8) Stellen die Kammern klärungsbedürftige Sachverhalte fest, die nicht die Wirtschaftlichkeit betreffen, haben sie unter Wahrung des Sozialgeheimnisses (§ 35 Abs. 1 SGB I) die Kassenärztliche Vereinigung Saarland und die Verbände der Krankenkassen zu benachrichtigen.

(9) Die Mitglieder der Prüfungsgremien haben Anspruch auf Aufwandsentschädigungen und Erstattung ihrer tätigkeitsbezogenen Auslagen. Dieser richtet sich bei den Vertretern der Primärkassen nach den Grundsätzen, die für die Mitglieder der Organe der bestellenden Körperschaften gelten und für die Vertreter der Ersatzkassen sowie für die ärztlichen Mitglieder nach der Entschädigungsregelung für die Ausschussmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland. Die Ansprüche der Vertreter der Ärzte und der Vertreter der Ersatzkassen richten sich an die Kassenärztliche Vereinigung Saarland, die Ansprüche der Vertreter der Primärkassen richten sich an den bestellenden Landesverband.

*

(10) Die Vergütung der unabhängigen Vorsitzenden richtet sich nach den mit diesen abgeschlossenen Vereinbarungen.

*) Diese Regelung für die Vertreter der Ersatzkassen gilt nur solange, wie ein Verwaltungskostenbeitrag durch die Ersatzkassen geleistet wird, der diese Kosten beinhaltet.

§ 8 Vorsitz, Beschlussfähigkeit

(1) Den Vorsitz in den Kammern des Beschwerdeausschusses führt der unparteiische Vorsitzende bzw. dessen Stellvertreter. Dieser leitet die Sitzung und übt das Hausrecht aus.

(2) Die Kammern sind beschlussfähig, wenn der unparteiische Vorsitzende und mindestens jeweils zwei Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen anwesend sind.

Kann eine Sitzung wegen fehlender Beschlussfähigkeit nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden, kann nach erneuter Ladung mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder entschieden werden.

Fehlt nur auf einer Seite einer von drei Vertretern, so nehmen an der Abstimmung auf der anderen Seite ebenfalls nur zwei Vertreter teil. Das hiernach nicht abstimmungsberechtigte Mitglied wird durch Los ermittelt, sofern ein Mitglied der überparitätisch repräsentierten Ausschussgruppe nicht freiwillig auf das Stimmrecht verzichtet.

(3) Die Kammern beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit. Stimmenthaltungen sind nicht zulässig.

§ 9 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

(1) Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss ist schriftlich. Die Sitzungen sind nicht öffentlich. An den Sitzungen nehmen die Ausschussmitglieder und Mitarbeiter der Prüfungsstelle teil, letztere führen Protokoll über die Sitzung. Der Beschwerdeausschuss kann die Teilnahme der Verfahrensbeteiligten, insbesondere die persönliche Anhörung des Arztes, beschließen.

(2) Der Beschwerdeausschuss kann in besonders gelagerten Fällen eine Prüfung durch einen Prüfarzt der gleichen Arztgruppe bzw. einen oder auch mehrere geeignete ärztliche Vorprüfer veranlassen.

Der Beschwerdeausschuss kann Sachverständige hinzuziehen. Der betroffene Arzt kann sich gemäß § 13 SGB X vertreten lassen.

(3) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses entscheiden durch Beschluss. Soweit der Sachaufklärung dienlich, kann der Beschwerdeausschuss während der mündlichen Verhandlung beschließen, dass Verfahrensbeteiligte und deren Bevollmächtigte bzw. sonstige hinzugezogene Personen den Verhandlungsraum vorübergehend verlassen.

Bei der Beratung und Beschlussfassung darf außer der Protokollführung kein Nichtmitglied des Beschwerdeausschusses anwesend sein. Der Beschluss ist zu begründen, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen. Der Beschluss soll den Verfahrensbeteiligten innerhalb von 3 Monaten nach Beschlussfassung zugehen. Ausfertigungen des Beschlusses erhalten:

- der betroffene Arzt bzw. dessen Bevollmächtigte,
- die Verbände der Krankenkassen,
- die Krankenkasse (bei Entscheidungen über von ihr gestellte Anträge),
- die Kassenärztliche Vereinigung Saarland.

(4) Stellt der Beschwerdeausschuss bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung in einem die Prüfung ausschließenden Umfang sachlich/rechnerische Fehler oder sonstige Beanstandungen fest, setzt er das Verfahren aus und leitet die Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung

Saarland zu. Die vereinbarten Antragsfristen für sachlich/rechnerische Beanstandungen gelten in diesem Fall als gewahrt. Nach Prüfung und Richtigstellung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland wird das ausgesetzte Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung wieder aufgenommen. Sachliche und rechnerische Berichtigungen können dann vom Beschwerdeausschuss berücksichtigt werden, wenn hierdurch die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nicht beeinträchtigt wird. Die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zur Durchführung der Berichtigungen bleibt hiervon unberührt.

(5) Stellt der Beschwerdeausschuss fest, dass ein Vertragsarzt insbesondere nach vorausgegangenen Maßnahmen nicht erkennen lässt, dass er zur wirtschaftlichen Behandlungs- und/oder Verordnungsweise bereit ist, so hat er den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und die Kassenverbände zu unterrichten. Über die eingeleiteten Maßnahmen sind der Ausschuss und die Verbände der Krankenkassen in Kenntnis zu setzen.

(6) Der Beschwerdeausschuss kann einen Wechsel der Prüfmethode vornehmen, wenn er feststellt, dass die ursprünglich gewählte bzw. beantragte Prüfmethode eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nicht ermöglicht oder erschwert, weil notwendige Informationen nicht zu erlangen bzw. zu ermitteln sind und/oder im Rahmen der gewählten Prüfmethode nicht zur Verfügung stehen.

(7) Über jede Sitzung des Beschwerdeausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen. Diese muss enthalten:

1. die Bezeichnung der Kammer,
2. Ort und Tag der Sitzung,
3. die Namen des Vorsitzenden und der sonstigen Sitzungsteilnehmer,
4. den Verfahrensgegenstand (betroffener Arzt, Prüfungsgegenstand, Quartal, Prüfungsart)
5. die gefassten Beschlüsse.

Die Niederschrift ist von dem Vorsitzenden der Kammer und dem Protokollführer zu unterzeichnen. Sachvorträge von Ausschussmitgliedern sind auf deren Verlangen in diese Niederschrift aufzunehmen.

(8) Im sozialgerichtlichen Verfahren wird der Beschwerdeausschuss durch den Vorsitzenden der zuständigen Kammer vertreten. Für die Wahrnehmung von Gerichtsterminen kann dieser Vollmacht erteilen.

§ 10 Mitwirkungspflicht des Vertragsarztes

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, den Prüfungsgremien auf Anforderung die zur Durchführung des Prüfverfahrens erforderlichen Unterlagen vorzulegen oder zu übersenden und die für das Prüfverfahren erbetenen Auskünfte zu erteilen. Werden die erbetenen Auskünfte auch nach Fristsetzung nicht erteilt, geht dies zu Lasten des Arztes.

§ 11 Prüfdatei

(1) Bei der Prüfungsstelle ist für jeden Arzt eine Prüfdatei zu führen, die zur Beurteilung der Gesamttätigkeit des einzelnen Arztes mit herangezogen wird.

(2) Es sind – sobald dies technisch möglich ist – für alle Kassenarten zusammengefasst, je Abrechnungsvierteljahr auf dieser Prüfkarte/Prüfdatei, jeweils auch im Vergleich zum Arztgruppendurchschnitt, zu vermerken:

a) Fallzahl in der Aufteilung Mitglieder (M), Familienangehörige (F), Rentner einschließlich ihrer Angehörigen (R), Gesamt (G),

b) die Anforderung je Fall und je Leistungsgruppe,

c) die Arzneimittelausgaben je Fall, aufgeteilt nach M, F, R, G,

d) die Kosten des Sprechstundenbedarfs je Fall,

e) Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle und die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit, absolut und je Behandlungsfall (Statusgruppe M),

f) Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen sowie Dauer der Krankenhausbehandlung, absolut und je Behandlungsfall.

Es werden außerdem anerkannte Praxisbesonderheiten mit dem Datum der Anerkennung, Maßnahmen der Prüfungsgremien sowie die Entscheidungen der Sozialgerichte vermerkt.

Die Eintragungen nach c) bis f) können nur vorgenommen werden, wenn und soweit von Seiten der Krankenkassen auch die entsprechenden Zahlen geliefert werden.

(3) Die Vorschrift des § 84 SGB X über die Löschung personenbezogener Daten findet Anwendung.

(4) Die Prüfdatei/die Prüfkarte des Arztes kann in begründeten Fällen durch die Kassenverbände vollständig eingesehen werden.

§ 12 Einleitung von Verfahren

(1) Die Prüfungsstelle hat die Einhaltung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich von Amts wegen zu prüfen.

(2) Darüber hinaus prüft die Prüfungsstelle die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung auf Antrag. Antragsberechtigt sind die Kassenärztliche Vereinigung Saarland, die Krankenkassen und die Verbände der Krankenkassen.

In diesen Fällen müssen der betroffene Arzt, der Prüfungsgegenstand, das Quartal, die Prüfungsart (§ 13) und die Gründe, die zur Aufnahme des Prüfungsverfahrens führen sollen, angegeben werden.

(3) Die Verfahrensbeteiligten sind, soweit sie nicht Antragsteller sind, unverzüglich über die Einleitung eines Prüfungsverfahrens zu informieren. Der betroffene Arzt ist zugleich unter Hinweis auf seine ihm obliegende Mitwirkungspflicht unter Setzung einer angemessenen Frist aufzufordern, soweit nicht bereits aktenkundig, Praxisbesonderheiten und/oder kompensatorische Einsparungen im Einzelnen darzulegen und nachzuweisen.

Besonderer Teil / Prüfarten u. Prüfmethoden:

§ 13 Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Prüfungsstelle/der Beschwerdeausschuss überwachen die Einhaltung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch:

1. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung)
2. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arzt- und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Stichprobenprüfung)
3. Prüfung ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) und ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise) nach Durchschnittswerten gemäß § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V
4. Einzelfallprüfungen nach § 106 Abs. 3 SGB V

Die Prüfungen nach Satz 1 Nr. 2 umfassen auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen.

Über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus können die Vertragspartner andere arztbezogene Prüfungen vereinbaren.

(2) Die Wirtschaftlichkeit kann auch, soweit durch Gesetz und Rechtsprechung zugelassen, durch arztbezogene Prüfung im Einzelfall für ärztliche Leistungen und Verordnungen geprüft werden. Entsprechende Anträge können nur innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Abschluss des Quartals gestellt werden, in dem der Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsverbot vermutet wird.

(3) Für den Fall, dass weder die gesetzlich vorgesehenen noch die vereinbarten Prüfungsarten zur Durchführung einer sachgerechten Wirtschaftlichkeitsprüfung geeignet sind, dürfen die Prüfungsgremien unter Berücksichtigung der Rechtsprechung andere geeignete Prüfungsarten anwenden (z.B. Vertikalvergleich).

(4) Die Prüfungsstelle/der Beschwerdeausschuss haben die Prüfung für die jeweilige Prüfungsart nach den gesetzlichen Vorgaben und den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen und Maßstäben vorzunehmen.

(5) In den Prüfungsverfahren nach Abs. 1 ist die gesamte vertragsärztliche Tätigkeit des Arztes zu berücksichtigen. Hierbei sind die bis zum Zeitpunkt der Eröffnung des Prüfungsverfahrens vorliegenden Daten über veranlasste und verordnete Leistungen - gegebenenfalls aus Vorquartalen- bei zu ziehen. Dies gilt auch für Angaben über die Häufigkeit der Überweisungen, der Krankenseinweisungen und der Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit, sobald die Erfassung dieser Daten von den Vertragspartnern durchgeführt wird.

§ 14 Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößenvolumina (Auffälligkeitsprüfung)

1) Prüfungsgegenstand ist die Überprüfung der Ordnungsweise des Vertragsarztes wegen Überschreitens der vereinbarten Richtgrößenvolumina (§ 84 SGB V).

2) Eine Prüfung findet in den in der jeweils gültigen Richtgrößenvereinbarung festgeschriebenen Fällen statt.

3) Sofern eine Prüfung nach Richtgrößen eingeleitet wurde, stellen die Verbände der Krankenkassen die Ordnungsdaten des Vertragsarztes (insgesamt und nach Bereinigung um die Zuzahlung der Versicherten und die Rabatte nach § 130/130a SGB V je Fall entsprechend der Datensatzbeschreibung nach Anlage 1a für Arzneimittel und nach Anlage 1b für Heilmittel auf maschinell lesbaren Datenträgern zur Verfügung; die Vorlage der Rezepte ist dann nicht erforderlich. Im Übrigen gilt § 106 Abs.2c SGB V. Bis zu einem bestandskräftigen Abschluss des Prüfverfahrens sind die Rezeptformulare bzw. Ordnungsblätter von den Krankenkassen, gegebenenfalls als Images, vorzuhalten.

4) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Arzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Gründe für Praxisbesonderheiten darzulegen. „Als Praxisbesonderheiten gelten bei Arzneimittelrichtgrößenprüfungen insbesondere die Indikationsgebiete gemäß Anlagen 2 und 3 (ohne die Indikationen 1.12 und 1.13, die ein Zweitmeinungsverfahren vorsehen) der

Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Richtgrößen vom 21.02.2000 sowie bei der Heilmittelprüfung ab dem 01.04.2013 die Anlage 1 und 2 gemäß der Vereinbarung der Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1 a SGB V vom 12. November 2012 zwischen GKV-Spitzenverband und der KBV.

Die Vertragspartner wenden die Anlage 2 der Empfehlung zu Richtgrößen vom 21.2.2000 ungeachtet der Kündigung auf Bundesebene für die dort aufgeführten Wirkstoffe weiterhin zur Bewertung von Praxisbesonderheiten an. Die Prüfungsstelle hat sämtliche auf die vorstehenden Anlagen entfallenden Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Anerkennung ist ab 01.07.2005 auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 12 und 70 SGB V und der Arzneimittel- bzw. Heilmittel-Richtlinien begrenzt.

5) Die Prüfungsstelle soll vor ihren Entscheidungen und Festsetzungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann. Die Ermittlung des Regressbetrages erfolgt analog Anlage 4 der Empfehlung zu Richtgrößen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vom 21.02.2000. Mögliche Rabatte nach § 106 Abs. 5c S.1 SGB V sind pauschal zu berücksichtigen. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass das Prüfverfahren einzustellen ist, wenn sich im Laufe der Prüfung ergibt, dass maximal eine Regresssumme von 1.000,00 Euro zustande kommt.

6) Die einbehaltenen Regressbeträge sind auf die eventuell festgestellte Überschreitung des jeweiligen Ausgabenvolumens anzurechnen.

7) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird abweichend von § 106 Absatz 5a Satz 3 SGB V nicht festgesetzt, soweit die Prüfungsstelle mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße ist für den Zeitraum von vier Quartalen zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu nichts anderes vereinbart ist.

§ 15 Prüfung der Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage von Stichproben

(1) Unmittelbar nach Vorliegen der Abrechnungsunterlagen übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung Saarland der Prüfungsstelle für jedes Quartal eine Liste der Vertragsärzte, die in die Stichprobe nach § 106 Abs. 3 SGB V einzubeziehen sind. Die Höhe der Stichprobe ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen; für die Zwecke der Prüfung können Gruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen gebildet werden. Nach Auswahl dieser Ärzte verständigen sich die Prüfungsausschüsse in einer Sitzung über die für die Stichprobenprüfung benötigten Unterlagen sowie darüber, ob und gegebenenfalls mit welchem Ziel sie bei welchen Ärzten eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Einzelfall durchführen wollen.

(2) Der Prüfung ist ein Zeitraum von mindestens einem Jahr zugrunde zu legen. Eine erneute Zufälligkeitprüfung findet im Regelfall nicht vor Ablauf von 2 Jahren statt.

(3) Die Prüfungen umfassen neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen. Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Stichprobenprüfungen ist, soweit dafür Veranlassung besteht,

- die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation)
- die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität)
- die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
- die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel.

(4) Für die in die Stichprobenprüfung einbezogenen Vertragsärzte übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung Saarland der Prüfungsstelle die erforderlichen Daten auf der Grundlage des § 297 Abs. 2 SGB V.

Die Krankenkassen/Verbände der Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die erforderlichen Daten gemäß § 297 Abs. 3 SGB V.

(5) Im übrigen gelten die Richtlinien gemäß § 106 Abs. 2b SGB V.

§ 16 Statistische Daten für die quartalsweise Prüfung nach Durchschnittswerten

(1) Nach sachlich-rechnerischer Prüfung legt die Kassenärztliche Vereinigung Saarland - sobald dies technisch möglich ist- der Prüfungsstelle für alle Kassenarten zusammengefasst je Abrechnungsquartal folgende Abrechnungsdaten vor:

1. Arztnummer,
2. Anzahl der Behandlungsfälle in der Aufteilung M, F, R, G und Angabe der jeweiligen Abweichung in v.H.,
 - 2.1 davon die Anzahl der
 - Überweisungsfälle,
 - Notfall- und Vertreterfälle,jeweils in der Aufteilung M, F, R, G und Angabe der jeweiligen Abweichung in v.H.,
3. Anzahl der Überweisungen an andere Ärzte und Angabe der jeweiligen Abweichung in v.H.,
4. Anzahl der Abrechnungsfälle - aufgegliedert nach folgenden Leistungsarten:
 - a) kurativ - ambulant;
 - b) kurativ - stationär;
 - c) Sonstige Hilfen - ambulant;
 - d) Sonstige Hilfen - stationär;
 - e) Mutterschaftsvorsorgejeweils getrennt nach M, F, R, G und Angabe der jeweiligen Abweichung in v.H.,

5. durchschnittliche Anzahl der Fälle der Vergleichsgruppe in der Aufgliederung nach den Nrn. 2 und 4,
6. Leistungsgruppenübersicht je Arzt und Vergleichsgruppe mit Angabe der jeweiligen Abweichungen in v.H., möglichst in der Aufgliederung nach Nr. 2,
7. Frequenzstatistiken mit folgenden Angaben:
 - 7.1 Häufigkeit der nach der jeweils gültigen vertragsärztlichen Gebührenordnung abgerechneten Leistungen absolut und bezogen auf 100 Behandlungsfälle je Vertragsarzt und Vergleichsgruppe,
 - 7.2 fallbezogene Punktzahl je Gebührenposition,
 - 7.3 im Vergleich zu 7.1 durchschnittliche Häufigkeit der Gebührenordnungspositionen auf 100 Behandlungsfälle bezogen auf die Zahl der die jeweilige Gebührenordnungsposition abrechnenden Ärzte der Vergleichsgruppe,
 - 7.4 Abweichung der Häufigkeit der Gebührenordnungsposition auf 100 Behandlungsfälle zu den ausführenden Ärzten der Vergleichsgruppe,
8. Arztnummern der überweisenden Ärzte in Überweisungsfällen,

Die für alle Kassenarten zusammengefassten Abrechnungsdaten je Abrechnungsquartal werden von der Prüfungsstelle den Verbänden der Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

(2) Für die Prüfung nach Durchschnittswerten übermitteln die Krankenkassen der Prüfungsstelle -sobald dies technisch möglich ist- je Verordnungsquartal* (bei AU-Bescheinigungen je Feststellungsquartal) arztbezogene Daten für eine gemeinsame Statistik mit folgenden Angaben:

1. Arzneikosten gemäß der Datensatzbeschreibung nach Anlage 1a ohne Versichertenbezug ,
2. Anzahl der Heilmittelverordnungen je Behandlungsfall, jeweils nach den Statusgruppen M, F, R, G,

3. Heilmittelkosten, gemäß der Datensatzbeschreibung nach Anlage 1b dieser Vereinbarung ohne Versichertenbezug.
4. Anzahl der Hilfsmittelverordnungen je Behandlungsfall, jeweils nach den Statusgruppen M, F, R, G,
5. Hilfsmittelkosten, absolut und je Behandlungsfall, in der Aufteilung nach Nr. 5 sowie zusätzlich untergliedert nach Hilfsmittelarten,
6. Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle und die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit, absolut und je Behandlungsfall (Statusgruppe M),
7. Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen sowie Dauer der Krankenhausbehandlung, absolut und je Behandlungsfall,
8. Kosten des Sprechstundenbedarfs nach Bruttowerten und ggfalls. gesetzlichen Rabatten, absolut und je Behandlungsfall,
9. jeweils Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe sowie Abweichungen absolut und in v.H. zu den Angaben nach den Nrn. 1 bis 9.

Die von der Prüfungsstelle erstellten gemeinsamen Statistiken werden dann der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und den Kassenverbänden zur Verfügung gestellt.

*) Das Verordnungsquartal entspricht dem Abrechnungsquartal für ärztliche Leistungen. Die Zuordnung zum Abrechnungsquartal erfolgt auch dann, wenn eine spätere Einlösung bzw. Abrechnung erfolgt.

(3) Für die Prüfung des Sprechstundenbedarfs nach Durchschnittswerten werden die quartalsweise erstellten Statistiken zu einer Statistik je Kalenderjahr zusammengefasst.

(4) Wird aufgrund fehlender Vergleichbarkeit eine Prüfung nach Durchschnittswerten um eine intellektuelle Einzelfallbetrachtung erweitert, sind die entsprechenden Verordnungsblätter, sortiert nach Statusgruppen und innerhalb der Statusgruppen in alphabetischer Reihenfolge durch die Krankenkassen, nach den Grundsätzen der BSG-Rechtsprechung (20 % der Fälle bzw. mindestens 100 Fälle) den Ausschüssen zur Verfügung zu stellen. § 18 Abs. 5 gilt entsprechend.

§ 17 Auswahl zur Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten

(1) Die Prüfungsstelle nimmt unverzüglich nach Vorliegen der Abrechnungsunterlagen gemäß § 15 Abs. 1 eine Auswahl vor, bei welchen Ärzten unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien nach Abs. 6 bis 9 eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten durchgeführt wird. Vergleichsgruppe ist grundsätzlich eine an den Gebieten der Weiterbildungsordnung orientierte Arztgruppe (Fachgruppe). Für jede Arztgruppe ist ein Landesdurchschnitt als Vergleichsmaßstab zu ermitteln. Bei Ärzten, die für mehrere Gebiete zugelassen bzw. ermächtigt sind, sowie bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen erfolgt die Zuordnung zur Fachgruppe -soweit nicht ein spezieller Landesdurchschnitt zur Verfügung steht- anhand der vertragsärztlichen Zulassung (Arzt Nummer). Bei Ärzten in MVZ erfolgt der Vergleich mit der Fachgruppe des jeweiligen Arztes. Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland vereinbart die Bildung anderer Vergleichsgruppen mit den Verbänden der Krankenkassen.

(2) Bei der Ermittlung der Fallwerte des Arztes ist die Fallzahl der entsprechenden Leistungsart zugrunde zu legen und die Abweichung in Prozentsätzen vom arithmetischen Mittel anzugeben.

(3) Bei der Errechnung der Vergleichswerte hat die Kassenärztliche Vereinigung Saarland zusätzlich eine Klientelgewichtung (sog. Rentnergewichtung) vorzunehmen. Dabei ist die gewichtete Abweichung die Differenz zwischen der tatsächlichen Abrechnungssumme des einzelnen Arztes und der Abrechnungssumme, die sich ergibt, wenn die Fallzahlen des einzelnen Arztes, getrennt nach Versichertengruppen (M/F/R), mit den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe multipliziert und diese Ergebnisse addiert werden. Die gewichtete Abweichung wird in v.H. ausgewiesen.

(4) Lassen sich aus den Abrechnungen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland repräsentative Werte nicht ermitteln, so können überbezirkliche Vergleichswerte, gegebenenfalls aus entsprechenden früheren Abrechnungsquartalen, herangezogen werden.

(5) Die Anforderungen vergleichbarer Praxen oder die eigenen Anforderungen vorangegangener Quartale können zur besseren Beurteilung mit herangezogen werden.

Hierdurch soll der Vergleich mit den Durchschnittswerten der Gruppe ergänzt, aber nicht ersetzt werden.

(6) In der Regel sollen folgende Honorarabrechnungen gemäß arithmetischem Mittel in das Auswahlverfahren einbezogen werden:

1. Honorarabrechnungen, deren Gesamtfallwert den Fallwert der Vergleichsgruppe (Fachgruppendurchschnitt) um mehr als 30 % überschreitet,
2. Honorarabrechnungen, bei denen in den einzelnen Leistungsgruppen der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 50 % überschritten wird,
3. Honorarabrechnungen, bei denen in einzelnen Leistungen der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 100 bzw. 50 % bei Standardleistungen überschritten wird. Bei Ermittlung dieser statistischen Vergleichszahlen sind nur die Abrechnungen einzubeziehen, in denen die betreffenden Leistungen enthalten sind.
4. Honorarabrechnungen, bei denen eine wesentliche Änderung des persönlichen Fallwertes insgesamt, bei einzelnen Leistungsgruppen oder bei einzelnen Leistungspositionen (Vertikalvergleich) gegenüber den Abrechnungswerten des Vertragsarztes aus früheren Abrechnungsvierteljahren eingetreten ist.

(7) In die Auswahl sind Ärzte nicht einzubeziehen, bei denen die Abweichungen nach Abs. 6 durch anerkannte Praxisbesonderheiten gerechtfertigt sind.

(8) Neben der Überschreitung des Vergleichswertes der Fachgruppe ist der Grad der Homogenität der Leistungsstruktur der nach Abs. 1 gebildeten Arztgruppe bei der Auswahl zu berücksichtigen. Damit kann auch die Auswahl von Abrechnungen zur Prüfung erfolgen, welche die nach Abs. 6 Nrn. 1 bis 3 festgelegten Überschreitungen nicht erreichen.

(9) Das Antragsrecht nach § 12 Abs. 2 der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und der Verbände der Krankenkassen bleibt unberührt (Wegfall des gemeinsamen Antragsrechts). Diese Anträge können nur bis zum Ablauf des auf den Zugang der Auswahlprotokolle folgenden 3. Arbeitstages von den Antragsberechtigten gestellt werden.

(10) In den Anträgen ist die Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts insgesamt oder in den einzelnen Leistungsgruppen bzw. bei einzelnen Leistungen anzugeben.

(11) In den nach Abs. 6 bis 9 eingeleiteten Verfahren erstrecken sich die Prüfung der wirtschaftlichen Behandlungsweise und die daraus resultierenden Maßnahmen auf alle gesetzlichen Krankenkassen, sofern sich im Auswahlverfahren nicht ausdrücklich auf die gezielte Prüfung einzelner Behandlungsfälle geeinigt wurde.

§ 18 Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten

(1) Wird eine Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten durchgeführt, so hat die Prüfungsstelle die nachstehenden Maßstäbe und Grundsätze zu beachten.

(2) Die Prüfungsstelle hat vorrangig zu prüfen, ob gezielte schriftliche oder mündliche Beratungen des Arztes durch die Prüfungsstelle ausreichend sind, um in Zukunft eine wirtschaftliche Behandlungsweise zu sichern. Im Rahmen dieser Beurteilung kann zugunsten des Arztes berücksichtigt werden, wenn Unwirtschaftlichkeit erstmals nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit festgestellt wird.

(3) Die Prüfungsstelle kann eine auf einer Schätzung beruhende Kürzung der Honorarforderung vornehmen, wenn die durchschnittliche Honorarforderung eines Arztes je Behandlungsfall insgesamt, in einer einzelnen Leistungsgruppe oder bei einzelnen in der Vergleichsgruppe üblichen Leistungen 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) Steht die durchschnittliche Honorarforderung eines Arztes je Behandlungsfall insgesamt, in einer einzelnen Leistungsgruppe oder bei einzelnen in der Vergleichsgruppe üblichen Leistungen in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten seiner

Vergleichsgruppe, kann die Prüfungsstelle eine auf einer Schätzung beruhende pauschale Honorarkürzung ohne Angabe von Beispielen vornehmen.

(5) Auch wenn die in den Abs. 3 und 4 genannten Voraussetzungen nicht vorliegen, kann die Prüfungsstelle eine Kürzung vornehmen, sofern die Überprüfung eine Unwirtschaftlichkeit in einzelnen Behandlungsfällen ergibt. Dabei wird der festgestellte Mehraufwand gekürzt.

(6) Kürzungen nach den Absätzen 3 und 4 sind insoweit nicht zulässig, als ein Mehraufwand durch Minderaufwand 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. Minderaufwendungen und Praxisbesonderheiten sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie aus der Abrechnung des Arztes erkennbar oder in anderer Weise nachgewiesen sind.

Stellt die Prüfungsstelle nach Berücksichtigung evtl. Praxisbesonderheiten und kompensationsfähiger Minderaufwendungen noch Überschreitungswerte fest, die die Annahme einer Unwirtschaftlichkeit begründen, kann ungeachtet des ansonsten vorrangigen Beratungsgrundsatzes eine Honorarkürzung ausgesprochen werden.

Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzunehmen.

(7) Prüfmaßnahmen hinsichtlich des Fallwertes oder einzelner Leistungsgruppen oder einzelner Leistungen (z. B. Vertikalvergleich) können auch dann angezeigt sein, wenn eine wesentliche Änderung des persönlichen Fallwertes insgesamt, bei einzelnen Leistungsgruppen oder bei einzelnen Leistungspositionen eines Vertragsarztes gegenüber seinen Abrechnungswerten aus früheren Quartalen vorliegt und die nähere Prüfung Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise ergibt.

(8) Die Prüfungsstelle trifft ihre Entscheidungen unter Würdigung aller ihr bekannten Umstände. Die Prüfmaßnahmen können sich auf einzelne Leistungen, Leistungsgruppen und auf das Gesamthonorar des Arztes beziehen.

§ 19 Prüfung der vertragsärztlichen Ordnungsweise nach Durchschnittswerten

(1) Die Prüfung der vertragsärztlichen Ordnungsweise nach Durchschnittswerten umfasst:

a) die Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,

b) die Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise beim Sprechstundenbedarf.

(2) Für die Prüfung der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten erfolgen die Bildung der Vergleichsgruppen und die Berechnung der Überschreitungssätze sowie die Auswahl der Ärzte, entsprechend der in § 16 getroffenen Regelung.

(3) Das Antragsrecht nach § 12 Abs. 2 der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und der Verbände der Krankenkassen bleibt unberührt (Wegfall d. gemeinsamen Antragsstellung). Diese Anträge auf Prüfung der Ordnungsweise sind in der Regel innerhalb von einem Jahr nach Abschluss des zu prüfenden Quartals zu stellen. Beim Sprechstundenbedarf soll sich der Antrag auf den Zeitraum eines Kalenderjahres beziehen und in der Regel innerhalb von einem Jahr nach Ablauf des zu prüfenden Kalenderjahres gestellt werden.

(4) Bei einer Prüfung der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten stellt die Prüfungsstelle fest, ob nach dem Maßstab des § 13 Abs. 4 Unwirtschaftlichkeit vorliegt, und entscheidet über die gebotene Maßnahme.

(5) Bei Prüfungen nach Abs. 1 Buchst. a) werden der Prüfungsstelle die Behandlungsdaten des Vertragsarztes durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland zur Verfügung gestellt. Ebenso werden unverzüglich nach Bekanntgabe der Einleitung des Prüfverfahrens der Prüfungsstelle die Ordnungsdaten des Vertragsarztes durch die Krankenkassen übermittelt.

a) Arzneimittel

Die Ordnungsdaten der in dem zu prüfenden Quartal ausgestellten Ordnungen, sind von den Krankenkassen je Fall, entsprechend der Datensatzbeschreibungen nach Anlage 1a auf Datenträgerebene (CD) zu liefern.

Ist dies aus datentechnischen Gründen nicht möglich, werden der Prüfungsstelle die Ordnungen in Papierform (Images oder Originalrezepte) zur Verfügung gestellt.

Die Krankenkassen senden die entsprechenden Papierverordnungen alphabetisch geordnet, getrennt nach Statusgruppen (Mitglieder/Familienangehörige/Rentner).

b) Heilmittel

Die Verordnungsdaten der in dem zu prüfenden Quartal ausgestellten Verordnungen, sind von den Krankenkassen je Fall, entsprechend der Datensatzbeschreibungen nach Anlage 1b auf Datenträgerebene (CD) zu liefern.

Ist dies aus datentechnischen Gründen nicht möglich, sind die Verordnungsdaten der in dem zu prüfenden Quartal ausgestellten Verordnungen von den Krankenkassen je Fall, entweder als Verordnungsübersichten oder durch die Verordnungen in Papierform (Images oder Originalrezepte), alphabetisch geordnet, getrennt nach Statusgruppe (Mitglieder/Familienangehörige/Rentner), zur Verfügung zu stellen.

c. Hilfsmittel

Die Verordnungsdaten der in dem zu prüfenden Quartal ausgestellten Verordnungen sind von den Krankenkassen je Fall, entweder als Verordnungsübersichten oder durch die Verordnungen in Papierform (Images oder Originalrezepte), alphabetisch geordnet, getrennt nach Statusgruppe (Mitglieder/Familienangehörige/Rentner), zur Verfügung zu stellen.

Bis zu einem rechtskräftigen Abschluss des Prüfverfahrens sind - die Behandlungsdaten sowie die gelieferten Verordnungsdaten/ Verordnungsübersichten bzw. Verordnungen in Papierform, (Images oder Originalrezepte) von der Prüfungsstelle und

- zusätzlich die Behandlungsdaten von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland sowie die Images der Verordnungsblätter, ggf. Originalbelege, von den Krankenkassen

vorzuhalten.

Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlage für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.

Die beschlossenen Prüfmaßnahmen gelten für alle Krankenkassen, für die ein Prüfantrag gestellt wird.

(6) Die Prüfungsstelle kann

1. eine Beratung des Arztes durchführen oder veranlassen und/oder
2. einen Regress beschließen.

Dabei soll nach Maßgabe des Abs. 7 die gezielte Beratung im Regelfall dem Regress vorgehen.

(7) Die Prüfungsstelle soll eine möglichst umgehende persönliche Beratung des Arztes beschließen, wenn der Arzt erstmalig die Verordnungskosten seiner Vergleichsgruppe in größerem Ausmaß überschreitet, es sei denn, ein besonders hohes Maß an Unwirtschaftlichkeit lässt eine Beratung allein nicht als angemessen erscheinen.

Die Prüfungsstelle soll in anderen Fällen eine Beratung vor einem Regress als Prüfungsmaßnahme beschließen, wenn die durchschnittliche Höhe der Verordnungskosten des Arztes je Behandlungsfall unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten nicht in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den entsprechenden Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe steht und die Umstände des Einzelfalles erwarten lassen, dass eine Beratung für die Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise in Zukunft erfolgversprechend ist.

(8) Hält die Prüfungsstelle einen Regress für erforderlich, so hat sie nach folgenden Grundsätzen zu verfahren:

1. Sie setzt einen auf einer Schätzung beruhenden Regress fest, wenn die durchschnittliche Höhe der Verordnungskosten des Arztes je Behandlungsfall den Durchschnittswert der Vergleichsgruppe in einem Umfang überschreitet, der Unwirtschaftlichkeit vermuten lässt, ohne dass bereits ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt, und die Unwirtschaftlichkeit sich durch eine Prüfung anhand einer die Ordnungsweise des Arztes genügend beleuchtenden Zahl von Beispielen nachweisen lässt. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage der Schätzung für den Regress.

2. Steht die durchschnittliche Höhe der Verordnungskosten des Arztes je Behandlungsfall in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den entsprechenden Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe, setzt die Prüfungsstelle einen auf einer Schätzung beruhenden Regress fest.
3. Regresse nach den Nrn. 1 und 2 sind nicht zulässig, soweit ein Mehraufwand durch Minderaufwendungen 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. Minderaufwendungen und Praxisbesonderheiten sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie aus den der Prüfungsstelle vorliegenden Unterlagen erkennbar oder in anderer Weise nachgewiesen sind.
4. Ergibt die Prüfung nur eine Unwirtschaftlichkeit in einzelnen Behandlungsfällen, beschränkt sich die Höhe des Regresses auf den tatsächlich festgestellten unwirtschaftlichen Mehraufwand in diesen Behandlungsfällen.

§ 20 Prüfung auf Unwirtschaftlichkeit im Einzelfall

(1) Auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland prüft die Prüfungsstelle gemäß § 106 Abs. 3 Satz 3 SGB V auch, ob der Vertragsarzt

- a. in Einzelfällen unwirtschaftliche Behandlungsleistungen abgerechnet hat
- b. durch Veranlassung von Auftragsleistungen, Verordnung von Krankenhausbehandlung, Krankenfahrten oder bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat
- c. bei Verordnungen in ungerechtfertigter Weise Rechtsverordnungen oder Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen unbeachtet gelassen hat.

(2) Zur sachgerechten Durchführung der Prüfung sind die Antragsteller gehalten, innerhalb von 2 Monaten nach Antragstellung den Antrag zu begründen und die für die Prüfung notwendigen Unterlagen beizufügen. Anträge haben die Höhe der als unwirtschaftlich

abgerechneten bzw. ungerechtfertigt veranlasst vermuteten Kosten anzugeben. Vorbehaltlich abweichender Regelungen im Bundesmantelvertrag können in den Fällen des Abs. 1 Anträge innerhalb einer Frist von 2 Jahren nach Abschluss des Quartals gestellt werden, in dem der vom Antrag erfasste Sachverhalt angefallen ist.

(3) Ein Antrag ist ausgeschlossen, wenn der vermutete Gesamtschadensbetrag je Quartal und Behandlungsfall die Bagatellgrenze von 50 € nicht überschreitet. Abweichend von Satz 1 ist ein Antrag zulässig, wenn die Kosten von unzulässigen/fehlerhaften Verordnungen einer Praxis für einen oder mehrere Versicherte über mehrere gleiche Mittel/Wirkstoffe/Maßnahmen der gleichen Leistungsart* in der Addition den Betrag von 150 € je Quartal überschreiten.

*) Unter Leistungsarten in diesem Sinne sind z.B. Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, sog. Medizinprodukte, Krankenfahrten usw. zu verstehen.

§ 21 Feststellung eines sonstigen Schadens

(1) Auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen wird der sonstige durch einen Vertragsarzt oder die Personen, für die dieser haftet, verursachte Schaden, der einer Krankenkasse aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind (hierunter fallen auch Verordnungen, die gegen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V verstoßen), oder aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen entsteht, durch die Prüfungsstelle festgestellt.

(2) Der Antrag ist zu begründen und muss innerhalb einer Frist von 6 Monaten seit Bekanntwerden des Sachverhaltes bei der Prüfungsstelle vorliegen. Die Krankenkasse/ihr Verband muss dem Antrag die zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen und Nachweise zur Schadenshöhe beifügen sowie die Höhe des Schadens nennen. Der betroffene Arzt ist durch die Prüfungsstelle unverzüglich zu dem Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens zu hören.

(3) Der Antrag kann sich nur auf den Zeitraum der letzten, dem Antrag vorausgehenden zwei Kalenderjahre erstrecken.

(4) Ein Antrag ist ausgeschlossen, wenn der vermutete Gesamtschadensbetrag je Quartal und Behandlungsfall die Bagatellgrenze von 50 € nicht überschreitet. Abweichend von Satz 1 ist ein Antrag zulässig, wenn die Kosten von unzulässigen/fehlerhaften Verordnungen einer Praxis für einen oder mehrere Versicherte über mehrere gleiche Mittel/Wirkstoffe/Maßnahmen der gleichen Leistungsart* in der Addition den Betrag von 150 € je Quartal überschreiten.

(5) Auf Antrag der Krankenkasse kann mit Zustimmung des Vertragsarztes der Schadenersatzanspruch auch durch die Kassenärztliche Vereinigung festgestellt und im Wege der Aufrechnung gegen den Honoraranspruch erfüllt werden.

(6) Für das Verfahren gilt abweichend vom Allgemeinen Teil/Geschäftsordnung dieser Vereinbarung § 106 Abs. 5 S. 8 SGB V.

*) Unter Leistungsarten in diesem Sinne sind z. B. Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, sog. Medizinprodukte, Krankenfahrten usw. zu verstehen.

§ 22 Umsetzung der Prüfergebnisse

(1) Die beschlossene Honorarkürzung wird durch die KVS mit den Honorarforderungen des jeweils nächsten Auszahlungsquartals verrechnet, wenn die Entscheidung der Prüfeinrichtung kraft Gesetzes oder besonderer Anordnung sofort vollziehbar ist. Für Regresse aufgrund der Prüfung von vertragsärztlich verordneten und veranlassten Leistungen gilt dies entsprechend.

(2) Die Prüfungsstelle informiert die Vertragspartner quartalsweise über die definitiv fälligen Regresse mit folgendem Inhalt:

- Arztnummer und Aktenzeichen (Vorgangsnummer)
- Prüfungsart und Prüfzeitraum
- Regressbetrag je Krankenkasse (verbandsbezogen)

Diese Regelung gilt für den Beschwerdeausschuss entsprechend.

(3) Regresse sind auf die beteiligten Krankenkassen entsprechend der Anzahl der Behandlungsfälle aufzuteilen. Die nach Maßgabe der Gesamtverträge an die Kassenärztliche Vereinigung Saarland zu entrichtende Vergütung verringert sich um diese

Beträge. Die Verrechnung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland über das Formblatt 3 Konto 395/396/399. Die KVS schlüsselt die abgesetzten Regressbeträge nach Aktenzeichen (Vorgangsnummer) des Prüfverfahrens als Anlage zum Formblatt 3 auf.

§ 23 Inkrafttreten, Kündigung, salvatorische Klausel

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2013 in Kraft.

(2) Diese Vereinbarung kann von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland oder den Verbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

(3) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung rechtsunwirksam sein oder werden, so folgt daraus nicht die Rechtsunwirksamkeit der gesamten Vereinbarung. Es erfolgt eine Anpassung der unwirksamen Bestimmung an die gesetzliche Vorschrift, die dem Willen der Vertragspartner am nächsten kommt.

Saarbrücken, den 17.07.2008

Kassenärztliche Vereinigung Saarland

AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland

Dr. med. G. Hauptmann
Vorsitzender des Vorstandes

Bruno Krüger
Vorstand

BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz
und Saarland

Knappschaft
-Verwaltungsstelle Saarbrücken-

Raimund Nossek
Vorstand

Armin Beck
Verwaltungsdirektor

IKK Südwest-Direkt

LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und
Saarland

Frank Spaniol
Vorstand

Helmut Heinz
Geschäftsführer

VdAK/AEV
Landesvertretung Saarland

Armin Lang
Leiter der Landesvertretung

Protokollnotiz zu § 2

Gemäß § 2 haben die Vertragspartner einen Beschwerdeausschuss mit drei Kammern mit nachfolgender Geschäftsverteilung und Zuständigkeit ab dem 01.01.2008 gebildet:

Beschwerdeausschuss Kammer I	Fachärzte gemäß § 73 Abs. 1 a S. 2 SGB V
Beschwerdeausschuss Kammer II	Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1 a S. 1 SGB V
Beschwerdeausschuss III	Maßnahmen der Prüfungsausschüsse bis zum 31.12.2007

Die Zuständigkeit gilt auch für Prüfverfahren, die zu o. g. Zeitpunkt bereits anhängig waren.

Anlage 1a "Arzneimitteldaten"

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V200 einzutragen
1	Arztnummer	9	AN	M	Exakt nach TA-3 vom 08.11.2007 Segment ZUP25
2	Betriebsstättennr.	9	AN	M	Exakt nach TA-3 vom 08.11.2007 Segment ZUP02
3	Verordnungsquartal	5	AN	M	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
4	IK der Krankenkasse	9	AN	M	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 = Renter Wenn Dateiname Stelle 15 = A-C 0 = unbekannt 1 = 0 - 15 Jahre 2 = 16 - 49 Jahre 3 = 50 -64 Jahre 4 = ab 65 Jahre 9 = Altersgruppe in DZS aus Geburtsdatum berechnen
6	Belegnummer	..18	AN	K	Belegung nach TA1, TA3 und TA4 zum Datenaustausch §300 SGB V
7	Rezeptdatum	8	N	M	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung, Quellenhinweis: ZUP-Segment. Datum (Ausstellung)
8	Verordnungsstatus	1	N	M	
9	Name des Versicherten	..47	N	K	*
10	Vorname des Vers.	..10	N	K	*
11	Versichertennummer	..50	AN	M	nicht mit Leerzeichen ausfüllen, eventuell pseudonymisiert
12	Geburtsdatum	8	N	M	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar
13	Gesamtbrutto	..15	N	M	in Cent, kein Trennzeichen, keine führende Nullen, Quellenhinweis: \sum EFP-Segment.Betrag
14	Gesamtzuzahlung	..15	N	M	in Cent, kein Trennzeichen, keine führende Nullen, Quellenhinweis: \sum PosZuzahlung * oder BES-Segment.Zuzahlung
15	Gesamtnetto	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keinen führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig, Quellenhinweis: \sum EFP-Segment.Betrag (Brutto) - \sum NPB-Segment.Betrag (Rabatt) - Gesamtzuzahlung
16	PZN-Schlüssel 1	7	N	M	Quellenhinweis: EFP-Segment.Kennzeichnung
17	Faktor 1	..4	N	M	Quellenhinweis: EFP-Segment.Anzahl Einheiten
18	Positionsbrutto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag

19	Positionsnetto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führende Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig, Quellenhinweis: EFP-Segment. Betrag - Σ NPB-Segment-PosZuzahlung*
20	Herstellerrabatt 1	..15	N	K	Herstellerrabatt nach § 130a, Abs. 8 SGB V, in Cent, keine Trennzeichen, keine führende Nullen, nur positive Werte zulässig, Quellenhinweis: Kassen-Herstellerrabatt pro PZN * Faktor 1
56	PZN-Schlüssel 9	7	N	M	
57	Faktor 9	..4	N	M	
58	Positiosbrutto 9	..15			
59	Positionsnetto 9	..15	N	M	
60	Herstellerrabatt 9	..15	N	K	Herstellerrabatt nach § 130a, Abs. 8 SGB V, in Cent, keine Trennzeichen, keine führende Nullen, nur positive Werte zulässig, Quellenhinweis: Kassen-Herstellerrabatt pro PZN * Faktor 1

M: Mussfeld dieses Feld muss belegt werden

K: Kannfeld sofern Werte vorhanden sind, sind diese mitzuschicken

11 Versichertennummer, sofern Prüfverfahren eingeleitet Angabe zwingend erforderlich, evtl. auch mit Schlüssel zur Depseudonymisierung

9 Name und

10 Vorname, falls Versichertennummer nicht aufgetragen bei Prüfverfahren erforderlich

Felder 9 und 10 werden von vdek nicht gefüllt, jedoch:

Sollten Datensätze ohne Versichertennr. geliefert werden, fordert die Prüfungsstelle bei dem Verband die Images dieser Verordnungen vor Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung an.

Anlage 1b "Heilmitteldaten"

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V200 einzutragen
1	Arztnummer	9	AN	M	Exakt nach TA-1 vom 16.12.2008 Segment ZHE
2	Betriebsstättennr.	9	AN	M	Exakt nach TA-1 vom 16.12.2007 Segment ZHE
3	Verordnungsquartal	5	AN	M	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
4	IK der Krankenkasse	9	AN	M	Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt
5	Versichertenstatus	1	N	M	Wenn Dateiname Stelle 15 = 0-2 0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner
6	Belegidentifikation	..30	AN	K	Reserve für eine generierte "BelegNr"
7	Heilmittelblattdatum	8	N	M	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung
8	Versichertennummer	..50	AN	M	nicht mit Leerzeichen auffüllen, nicht pseudonymisiert
9	Geburtsdatum	8	N	M	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar
10	Indikationsschlüssel	..12	AN	K	Quellenhinweis: SLLA/ZUV-Segment
11	Kennzeichen Verordnungsart	2	N	K	Quellenhinweis: SLLA/ZHE-Segment
12	Gesamtbrutto	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
13	Gesamtzahlung prozentual	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
14	Pauschalzahlung	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
15	Gesamtnetto	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes "-" zulässig
16	Leistungsschlüssel 1	5	N	M	Heilmittelpositionsnummer
17	Faktor 1	..4	N	M	
18	Positionsbrutto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
19	Positionsnetto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes "-" zulässig
	...				
132	Leistungsschlüssel 30	5	N	m	
133	Faktor 30	..4	N	m	
134	Positionsbrutto 30	..15	N	m	
135	Positionsnetto 30	..15	N	m	

M: **Mussfeld**, dieses Feld muss belegt werden

K: **Kannfeld**, sofern Werte vorhanden sind, sind diese mitzuschicken