

Prüfvereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

(im Folgenden KVT genannt)

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand, hier vertreten durch Frau Andrea Epkes,
- BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,
- IKK classic,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Geltungsbereich

Diese Prüfvereinbarung regelt die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung. Sie findet Anwendung für die vertragsärztliche Tätigkeit der zugelassenen Ärzte/Psychotherapeuten, der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte und der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Ärzte, für die zugelassenen Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und die am Krankenhaus erbrachten belegärztlichen Leistungen (nachfolgend Ärzte genannt).

Satz 2 gilt nur, sofern eine Abrechnung ärztlicher Leistungen über die KVT erfolgt.

Die KVT und die Krankenkassen vereinbaren nachfolgend auf der Grundlage des § 106 Abs. 1 SGB V die Inhalte und das Nähere zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 SGB V.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung (WiPrüfVO) ist Inhalt dieser Vereinbarung. Es gelten die §§ 106, 106a, b und c SGB V und die Rahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V.

Die (gesonderte) Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Ärzten und Einrichtungen, die zur ambulanten Versorgung zugelassen sind, deren Leistungsabrechnung nicht über die KVT erfolgt und deren Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht der originären Zuständigkeit der gemeinsamen Prüfungseinrichtungen zugewiesen ist (Einbezogene Ärzte und Einrichtungen), obliegt nach Beauftragung durch die Krankenkassen gegen Kostenersatz den Prüfungseinrichtungen und erfolgt gemäß den Regelungen dieser Prüfvereinbarung, soweit in den einschlägigen Verträgen nicht ausdrücklich etwas anderes geregelt ist.

Einbezogene Ärzte und Einrichtungen in diesem Sinne sind z. B. Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren gemäß §§ 117 ff. SGB V, medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V sowie Leistungserbringer nach § 116b SGB V, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 Abs. 2 Satz 4 und § 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V) im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a Satz 5 SGB V oder Teilnehmer an Selektivverträgen mit bereinigender Wirkung (aktuell § 73b SGB V und § 140a SGB V). Die Übernahme der anfallenden Kosten bestimmt sich nach § 17. Als Einbezogene Ärzte und Einrichtungen nach Satz 7 gelten auch psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 1 SGB V und Krankenhäuser bei der Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V, obwohl deren Leistungsabrechnung über die KVT erfolgt.

§ 1 Grundsätze

- (1) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung betreiben die Vertragspartner für den Bereich des Freistaates Thüringen eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss.
- (2) Als Beteiligte im Sinne dieser Vereinbarung gelten der betroffene Arzt, ärztlich geleitete Einrichtungen, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen, die antragstellende Krankenkasse sowie die KVT.
- (3) Soweit von den Vertragspartnern abgeschlossene Vereinbarungen Regelungen mit Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung enthalten, sind diese entsprechend zu berücksichtigen. Die Vertragspartner informieren die Prüfungsstelle über entsprechende Vereinbarungen.
- (4) Ein Antrag auf Prüfung für erbrachte, verordnete oder veranlasste Leistungen ist ausgeschlossen, wenn die beantragte Nachforderung (Regress/Kürzung) 50,00 € nicht übersteigt. Ein Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens ist ausgeschlossen, wenn die beantragte Nachforderung (Regress/Kürzung) 50,00 € nicht übersteigt.
- (5) Soweit Antragsfristen bestimmt sind, handelt es sich lediglich um Ordnungsfristen. Sie dienen ausschließlich der Beschleunigung des Verfahrens.

§ 2 Prüfungseinrichtungen

- (1) Prüfungseinrichtungen i. S. dieser Vereinbarung sind die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss mit Sitz in 99425 Weimar, Zum Hospitalgraben 8. Ein Antrag auf Überprüfung und Neuregelung des Sitzes kann von jedem Partner der Vereinbarung gestellt werden, wobei es keiner Kündigung der Prüfvereinbarung bedarf. Der Beschwerdeausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (2) Bei der Prüfungsstelle wird eine technische Kommission eingerichtet. Aufgabe der technischen Kommission ist es, die Prüfungsstelle zur Klärung grundsätzlicher Problemstellungen - sofern diese nicht in die Regelungskompetenz der Vertragspartner nach § 106 Abs. 3 SGB V fallen - fachlich zu unterstützen. Sie ersetzt nicht die im Einzelfall notwendige Einholung eines Prüfgutachtens.

Die technische Kommission besteht aus bestellten Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und der Krankenkassen in ausreichender Zahl und paritätischen Besetzung. Die Organisation der Sitzung obliegt der Prüfungsstelle.

Über die Beratung der Kommission führt die Prüfungsstelle unter Angabe der Ergebnisse Protokoll, welches die Vertragspartner innerhalb eines Monats nach Sitzung erhalten.

Die vorgenannten Bestimmungen des Absatzes 2 finden keine Anwendung bei Einbezogenen Ärzten und Einrichtungen, welche gemäß Satz 7 des Geltungsbereichs geprüft werden sollen.

- (3) Die Vertragsparteien bestellen die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sowie die Stellvertreter in ausreichender Anzahl. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen von der KVT bestellt. Die Vertragsparteien

können die von ihnen bestellten Mitglieder von ihrem Amt entbinden. Über Veränderungen in der Besetzung informieren die Vertragsparteien die Prüfungsstelle.

- (4) Der unparteiische Vorsitzende sowie dessen Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und der KVT gemeinsam benannt. Der unparteiische Vorsitzende vertritt den Beschwerdeausschuss gerichtlich und außergerichtlich. Die Amtsperiode beträgt zwei Jahre.
- (5) Für Einbezogene Ärzte und Einrichtungen gelten abweichend von dieser Vereinbarung hinsichtlich der Absätze 2 und 3 die zwischen den Krankenkassen bzw. deren Verbänden und den jeweiligen Leistungserbringern ggf. getroffenen Regelungen in den einschlägigen Verträgen. Die Prüfungseinrichtungen entscheiden in der in dieser Prüfvereinbarung festgelegten Besetzung auch über die Prüfung der Einbezogenen Ärzte und Einrichtungen, soweit in den einschlägigen Verträgen nicht ausdrücklich etwas anderes geregelt ist.

§ 3 Ausgeschlossene Personen

Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses dürfen bei der Prüfung ihrer eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit oder der eines Angehörigen nicht mitwirken. Das gleiche gilt für die Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft sowie MVZ und Beteiligte der technischen Kommission. Mitarbeiter der Prüfungsstelle dürfen an Prüfungen der vertragsärztlichen Tätigkeit von Angehörigen nicht mitwirken.

§ 4 Prüfungsarten und –gegenstände

- (1) Die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung (§§ 106 – 106b SGB V) wird geprüft durch:
 - Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach § 106 b SGB V (§ 8 und Anlage 1 dieser Prüfvereinbarung) ab dem Verordnungsjahr 2017
 - Prüfung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben (Zufälligkeitsprüfung, § 9 und Anlage 2 dieser Prüfvereinbarung),
 - Prüfung der ärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise in Einzelfällen und in besonderen Fällen (§ 10 und Anlage 3 dieser Prüfvereinbarung),
 - Feststellung von sonstigen Schäden (§ 11 und Anlage 4 dieser Prüfvereinbarung)
- (2) Die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung und der daraus erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen wird von den Prüfungseinrichtungen in folgenden Bereichen insbesondere geprüft:
 - a) Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V)
 - b) Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln einschließlich Sprechstundenbedarf (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - c) Verordnung von Heilmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - d) Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise
 - e) Verordnung von Hilfsmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - f) Verordnung von Krankentransporten (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - g) Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - h) Verordnung von Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - i) Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 73 Abs. 2 Nr. 8 SGB V)

- j) Verordnung von Soziotherapie (§ 73 Abs. 2 Nr. 12 SGB V)
 - k) Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (§ 73 Abs. 2 Nr. 14 SGB V)
 - l) Feststellung von Arbeitsunfähigkeit § 106a Abs. 5 SGB V
- (3) Die (gesonderte) Prüfung der Einbezogenen Ärzte und Einrichtungen gemäß Satz 7 des Geltungsbereichs umfasst insbesondere:
- a) Verordnungen für die am Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen
 - b) Verordnungen im Rahmen des Entlassungsmanagements nach § 39 Abs.1a Satz 5 SGB V
 - c) Leistungen bei Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Abs.1a SGB V
 - d) Verordnungen im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V
 - e) Verordnete Leistungen durch Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V
 - f) Verordnete Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
 - g) Verordnete Leistungen durch Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V sowie
 - h) Verordnete Leistungen durch medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V
 - i) ärztlich verordnete Leistungen im Rahmen der Teilnahme an Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V (Selektivverträge).
- (4) Auffälligkeits- und Zufälligkeitsprüfung werden vorrangig durchgeführt und schließen sich gegenseitig für denselben Prüfgegenstand im selben - auch anteiligen - Zeitraum aus.
- (5) Im Übrigen sind Sachverhalte, die bereits Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach einer anderen Prüfmethode gewesen sind und mit einer Prüfmaßnahme belegt wurden, nicht erneut zu prüfen.
- (6) Nachforderungen (Regresses bzw. Kürzungen) aus Prüfungen desselben Sachverhaltes im selben Prüfzeitraum nach unterschiedlichen Prüfarten sind gegeneinander zu verrechnen.

§ 5 Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Amts wegen bei Überschreitung der gesetzlich bzw. vertraglich vorgegebenen Aufgreifkriterien, gemäß §§ 8 und 9 dieser Vereinbarung oder auf schriftlichen Antrag. Antragsberechtigt sind die KVT, die Krankenkasse, die Krankenkassen und ihre Verbände.
- (2) Die Übersicht (Name, Arztnummer (LANR und BSNR), Gesamtbrutto, Anzahl der Fälle, Höhe der Überschreitung) über die Ärzte, welche die Kriterien für die Beratungen nach § 8 und die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfüllt haben, sind den Vertragspartnern durch die Prüfungsstelle innerhalb von 2 Wochen nach Erstellung kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

§ 6 Datenbasis

- (1) Die Wirtschaftlichkeitsprüfung als Auffälligkeitsprüfung, die Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung) und ggf. die Durchschnittswertprüfung sowie die Verordnungsfallwertprüfung erfolgen insbesondere gemäß §§ 296 bis 298 und 106 SGB V auf der Basis von kassenartenübergreifend zusammengeführten Statistiken gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte (Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern) sowie den Richtlinien zur Zufälligkeitsprüfung. Die Prüfungsstelle prüft vor Einleitung eines

Prüfverfahrens die gelieferten Daten auf Plausibilität. Die KVT und die Krankenkassen stellen sicher, dass die Daten hierfür der Prüfungsstelle zur Verfügung gestellt werden. Als Frist für die Datenlieferungen gelten die Fristen des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern sofern für die einzelnen Prüfungsarten in dieser Vereinbarung nichts Abweichendes bestimmt ist.

Satz 1, Satz 3 und 4 finden keine Anwendung auf die Prüfung der Einbezogenen Ärzte und Einrichtungen, welche gemäß Satz 7 des Geltungsbereichs geprüft werden sollen.

- (2) Für den Fall, dass ein Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend macht, entscheiden die Prüfungseinrichtungen, ob diese hinreichend begründet sind und ob die Richtigkeit der Daten zu prüfen ist. Ausgangspunkt für die Überprüfung der Berechtigung der Zweifel im Rahmen der Prüfung der Verordnungsweise sind die Daten der erweiterten Arzneimittel- und Heilmitteldatei. Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlage für die Prüfung aus einer Stichprobe, welche mindestens 20 % der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes einschließlich zugeordneter Verordnungen enthält und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.
- (3) Offensichtliche Unrichtigkeiten in den Statistiken können die Prüfungseinrichtungen berichtigen, soweit die ordnungsgemäße Durchführung des Prüfverfahrens insgesamt nicht gefährdet wird. Über die Berichtigung ist ein Protokoll anzufertigen, welches Bestandteil der Verfahrensakte wird.

§ 7 Grundsätze zur Feststellung von Praxisbesonderheiten

- (1) Bei den statistischen Prüfverfahren sind die Gesamttätigkeit des Arztes, Praxisbesonderheiten sowie kausale Einsparungen zu berücksichtigen, soweit diese aus den Unterlagen oder in sonstiger Weise bekannt sind oder vom betroffenen Arzt nachgewiesen werden oder im Rahmen einer individuellen Beratung vom Arzt beantragt werden. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten kann nur durch die Prüfungseinrichtungen erfolgen.
- (2) Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungskosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert. Wird eine Praxisbesonderheit mit besonderen Kenntnissen oder Erfahrungen, einer besonderen Behandlungsweise oder mit einer speziellen Praxisausstattung begründet, setzt deren Anerkennung den Nachweis voraus, dass diese Besonderheiten zu einer entsprechenden Konzentration von Patienten geführt haben, die dieser Besonderheiten bedürfen.
- (3) Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, erkennt die Prüfungsstelle entsprechend § 130b Abs. 2 SGB V als Praxisbesonderheit an, wenn der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten hat. Diese Anforderungen sind in den Anlagen der Verträge nach § 130b Abs. 1 SGB V aufgeführt. Die Anforderungen sind in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V zu hinterlegen. Für den Fall, dass die Anforderungen nicht in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V hinterlegt werden können, informiert die KVT die Ärzte über die Anforderungen.

§ 130b Abs. 3a und § 130c Abs. 4 SGB V bleiben unberührt.

- (4) Die Quantifizierung aller durch die Prüfungseinrichtungen anerkannten Praxisbesonderheiten ist in der Regel auf die Höhe der dadurch gegenüber der Vergleichsgruppe bedingten Mehrkosten je Fall begrenzt.

Abweichend davon sind insbesondere

- die im Anhang 1 der Rahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V aufgeführten bundesweiten besonderen Ordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln vollständig,
- die Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 S. 1, Abs. 2 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, entsprechend der jeweiligen Vereinbarung zu berücksichtigen.

- (5) Darüber hinaus gelten die Praxisbesonderheiten der Anlagen 1.1, 1.1a, 1.1b, 1.2 und 1.2a.

§ 8 Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen, die ab dem 01.01.2017 verordnet werden, wird auf der Grundlage der Anlage 1 durchgeführt.

§ 9 Zufälligkeitprüfung

Die arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben wird gemäß § 106a SGB V i. V. m. der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß §106a Abs. 3 SGB V (im weiteren Richtlinien) durchgeführt.

Das Nähere zur Durchführung der Zufälligkeitprüfung regelt Anlage 2.

Die Regelungen des § 9 und der Anlage 2 finden keine Anwendung auf die Einbezogenen Ärzte und Einrichtungen, die gemäß Satz 7 des Geltungsbereichs geprüft werden sollen.

§ 10 Prüfung in einzelnen und besonderen Fällen

- (1) Auf Antrag der Antragsberechtigten nach § 5 Abs. 1 können erbrachte, verordnete oder veranlasste Leistungen einer Prüfung im einzelnen Fall / in einzelnen Fällen unterzogen werden, wenn sonstige Auffälligkeiten eine Unwirtschaftlichkeit vermuten lassen. Lässt sich die Höhe des dabei festgestellten unwirtschaftlichen Mehraufwandes nicht eindeutig feststellen, bestimmt die Prüfungsstelle die Höhe der Nachforderung (Regress/Kürzung) nach gewissenhafter Schätzung. Unter sonstigen Auffälligkeiten sind auch solche Sachverhalte einzuordnen, bei denen vermehrt kostenintensive Verordnungen im einzelnen Behandlungsfall den Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vermuten lassen.

- (2) Auf begründeten Antrag der Antragsberechtigten nach § 5 Abs. 1 dieser Prüfvereinbarung prüfen die Prüfungseinrichtungen in besonderen Fällen auch, ob der Arzt durch Veranlassung von Auftragsleistungen, Verordnungen von Krankenhausbehandlung, bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit und Verordnung von Hilfsmitteln im besonderen Fall / in besonderen Fällen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat. Dazu sind die Unterlagen der Behandlungsfälle/Krankheitsfälle heranzuziehen.

Die Prüfungseinrichtungen entscheiden darüber, in welcher Höhe Unwirtschaftlichkeit besteht. Dabei ist gleichfalls die Gesamtwirtschaftlichkeit des dem Antrag

zugrundeliegenden besonderen Falles zu bewerten. Lässt sich die Höhe der Unwirtschaftlichkeit nicht eindeutig feststellen, bestimmt die Prüfungsstelle den Umfang nach gewissenhafter Schätzung.

- (3) Die antragsmäßige Zusammenfassung mehrerer „Prüfgegenstände“ / Patienten bzw. Versicherten ist möglich.
- (4) Das Nähere regelt Anlage 3.

§ 11 Sonstiger Schaden

Die Antragsberechtigten nach § 5 Abs. 1 können die Feststellung eines sonstigen Schadens durch die Prüfungsstelle beantragen, den der Arzt infolge Verletzung seiner (vertragsärztlichen) Pflichten verursacht hat.

Fälle der Wirtschaftlichkeitsprüfung, Erstattungsansprüche der Krankenkassen wegen sachlich-rechnerischer Unrichtigkeiten, wegen eines Behandlungsfehlers oder aus unerlaubten Handlungen des Vertragsarztes sowie Fälle, die in den Zuständigkeitsbereich einer anderen vertragsärztlichen Institution fallen, werden hiervon nicht erfasst.

Das Nähere regelt Anlage 4.

§ 12 Verfahrensgrundsätze

- (1) Über die Einleitung und Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, deren Beantragung bzw. einer Beratung gem. § 13 sowie gemäß § 8 i. V. mit Anlage 1 sind der betroffene Arzt oder Einrichtung sowie die übrigen Verfahrensbeteiligten unverzüglich von Amts wegen schriftlich in Kenntnis zu setzen. Bei Einleitung von Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren ist der Arzt auf die Möglichkeit der Stellungnahme innerhalb einer angemessenen Frist hinzuweisen. Die Prüfungsstelle kann nach Ablauf dieser Frist auch ohne erfolgte Stellungnahme entscheiden. Über eine Stellungnahme ist der Antragsteller zu informieren. Ihm ist Gelegenheit zur Erwiderung zu geben. Der Arzt ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass er die Anerkennung weiterer Praxisbesonderheiten im Rahmen der Prüfungen nach § 8 beantragen kann. Bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung bzw. deren Beantragung sind die erforderlichen Unterlagen den Verfahrensbeteiligten auf Anforderung innerhalb von 14 Tagen zuzuleiten.
- (2) Das Verfahren bei der Prüfungsstelle ist schriftlich und wird mit Bescheid, Vergleich oder Antragsrücknahme abgeschlossen. Es gelten die Grundsätze des SGB X. Die Prüfungsstelle kann medizinische Sachverständige vor ihren Entscheidungen anhören. In diesem Falle übermittelt die Prüfungsstelle dem beauftragten Sachverständigen neben der Aufgabenstellung alle für die Entscheidungsfindung notwendigen Unterlagen. Bei Prüfungen nach § 8 gelten darüber hinaus die Regelungen in der Anlage 1 dieser Prüfvereinbarung.

Die Prüfungsstelle kann die persönliche Anhörung der Verfahrensbeteiligten beschließen, wenn dies zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes notwendig ist oder die Verfahrensbeteiligten dies beantragen. Die Ladungsfrist beträgt zwei Wochen. Erscheint der Geladene nicht, kann ohne seine Anwesenheit entschieden werden, sofern in der Ladung darauf hingewiesen wurde. Der Arzt kann sich durch einen Bevollmächtigten vertreten lassen.

Dem betroffenen Arzt kann im Rahmen der Anhörung für Prüfungen ein elektronischer Datenträger mit allen der Prüfung zu Grunde liegenden Daten übersandt werden, sofern die technischen Voraussetzungen vorliegen. Dieser ist so aufzubereiten, dass eine Recherche auf Basis allgemein üblicher Hard- und Software möglich ist. Die Anforderung an die Hard- und Software sind so gering wie möglich zu halten. Die Daten sind so aufzubereiten, dass der Arzt hinreichende Transparenz über die zu prüfenden Daten erhält.

- (3) Der Bescheid der Prüfungsstelle ist zu begründen und hat den im Prüfverfahren festgestellten wesentlichen Sachverhalt unter Würdigung der durch die Verfahrensbeteiligten vorgebrachten Sachverhalte zu enthalten, zu unterzeichnen sowie mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen. Der Bescheid ist innerhalb von 5 Monaten nach Entscheidung den Verfahrensbeteiligten bekanntzugeben.
- (4) Gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle können innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheides sowohl der betroffene Arzt, die KVT, die Verbände der Krankenkassen, als auch die betroffene Krankenkasse schriftlich oder zur Niederschrift bei der Prüfungsstelle Widerspruch einlegen. Davon ausgenommen sind Bescheide über die Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind. Gegen diese Bescheide kann Klage zum Sozialgericht erhoben werden.

Über erhobene Widersprüche sind die Verfahrensbeteiligten umgehend zu informieren.

- (5) Der Widerspruch soll begründet sein, den angefochtenen Bescheid bezeichnen und einen bestimmten Antrag enthalten.
- (6) Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren im Sinne von § 78 des Sozialgerichtsgesetzes. Für das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gelten die vorstehenden Regelungen über das Verfahren bei der Prüfungsstelle entsprechend, soweit in den nachstehenden Absätzen nichts anderes geregelt ist.
- (7) Die Entscheidung des Beschwerdeausschusses ergeht aufgrund einer mündlichen Verhandlung in nicht öffentlicher Sitzung. Zu dieser Sitzung sind die Verfahrensbeteiligten schriftlich mit einer Frist von mindestens einem Monat zu laden mit dem Hinweis, dass im Falle ihres Nichterscheinens nach Lage der Akten verhandelt und entschieden werden kann. Die erforderlichen Unterlagen sind den Verfahrensbeteiligten mit der Ladung zuzuleiten.
- (8) Bei der Beratung und Beschlussfassung des Beschwerdeausschusses dürfen nur anwesend sein:
 - a) die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sowie
 - b) die Mitarbeiter der Prüfungsstelle, soweit dies für organisatorische Zwecke notwendig ist.
- (9) Über jede Sitzung des Beschwerdeausschusses ist ein Protokoll anzufertigen. Im Protokoll sind die wesentlichen Inhalte der Sitzung, einschließlich entscheidungserheblicher fachlicher Gründe niederzulegen. Je eine Ausfertigung des Protokolls erhalten die Verbände der Krankenkassen und die KVT. Die Übersendung des vom Vorsitzenden unterzeichneten Protokolls soll innerhalb von 1 Monat nach der Sitzung erfolgen. Einwände gegen dieses Protokoll können mit einer Frist von 14 Tagen geltend gemacht werden. Über geltend gemachte Einwände entscheidet der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses abschließend.

- (10) Der Beschwerdeausschuss erteilt dem Widerspruchsführer und den anderen Verfahrensbeteiligten über die getroffene Entscheidung einen schriftlichen Bescheid. Die Entscheidung ist unter Berücksichtigung der vom Widerspruchsführer gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle erhobenen Einwendungen und des Vorbringens der übrigen Verfahrensbeteiligten zu begründen und vom Vorsitzenden oder im Falle seiner Verhinderung durch dessen Stellvertreter zu unterzeichnen.
- (11) Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt mit der Beschlussfassung als durchgeführt.
- (12) Die Verfahrensgrundsätze finden uneingeschränkt auf die Prüfung der Einbezogenen Ärzte und Einrichtungen Anwendung.

§ 13 Beratung als Prüfmaßnahme

- (1) Die festgesetzten Beratungen sollen nach den Vorgaben der Prüfeinrichtung grundsätzlich schriftlich durch die Prüfungsstelle zeitnah nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes durchgeführt werden. Dies gilt nicht im Fall der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V (§ 8 und Anlage 1 dieser Prüfvereinbarung). Grundlage der Beratungen sind die Übersichten über die vom Vertragsarzt im Prüfzeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können hinzugezogen werden.
- (2) Die für die mündlichen Beratungen vorgesehenen Unterlagen sollen dem betroffenen Arzt mindestens 1 Monat vor Durchführung der Beratung übersandt werden.

§ 14 Zweifel an der Richtigkeit der Leistungserbringung

Soweit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung hinreichende Zweifel an der Richtigkeit der Leistungserbringung bestehen, wird die Abrechnung an die KVT zur Klärung des Sachverhaltes übergeben. Der betroffene Arzt wird hierüber schriftlich informiert.

§ 15 Datenschutz

Die am Prüfverfahren Mitwirkenden haben über den Sitzungsverlauf und über die Person der am Verfahren beteiligten Ärzte Stillschweigen zu bewahren. Dies gilt auch für Dritte, die am Verfahren teilnehmen. Diese sind aktenkundig über die geltenden Datenschutzrichtlinien zu belehren. Das Nähere hierzu regelt die Geschäftsordnung.

§ 16 Durchsetzung von Entscheidungen

- (1) Die beschlossene Honorarkürzung wird durch die KV Thüringen mit den Honorarforderungen des jeweils nächsten Auszahlungsquartals verrechnet, wenn die Entscheidung der Prüfungseinrichtungen kraft Gesetzes oder besonderer Anordnung sofort vollziehbar ist.

Die Nachforderung (Regress/Erstattung) aufgrund der Prüfung von vertragsärztlich verordneten und veranlassten Leistungen wird durch die KV Thüringen gegen fällige Honorarforderungen verrechnet. Es gilt § 6 Abs. 4 der Rahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V für die statistischen Prüfungen nach § 106b SGB V. Im Übrigen gelten die Regelungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte.

Das Nähere zur Verrechnung der beschlossenen Honorarkürzung sowie für Nachforderungen (Regress/Erstattung) aufgrund der Prüfungen von vertragsärztlich verordneten und veranlassten Leistungen wird gesondert geregelt.

Dies gilt nicht im Falle der Beauftragung bei Einbezogenen Ärzten und Einrichtungen.

- (2) Die Vollstreckungsklausel erteilt die Prüfungsstelle.
- (3) Die Prüfungsstelle informiert die Vertragspartner quartalsweise über die erteilten Vollstreckungsklauseln mit folgendem Inhalt:
 - a. Arztnummer (LANR und BSNR) und Aktenzeichen (Vorgangsnummer)
 - b. Prüfungsart und Prüfzeitraum
 - c. Regressbetrag je Krankenkasse.

Diese Regelung gilt für den Beschwerdeausschuss entsprechend.

- (4)
 - a) Nachforderungen (Regress) sind auf die beteiligten Krankenkassen entsprechend der Anzahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle aufzuteilen.
Die erforderlichen Fallzahlen werden von der KVT zur Verfügung gestellt.
 - b) Im Falle der Prüfung Einbezogener Ärzte und Einrichtungen, übermitteln die Krankenkassen mit Antragstellung die notwendigen Informationen zur Aufteilung.
- (5) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Arztes informiert die KVT die Prüfungsstelle sowie die Prüfungsstelle die KVT über noch laufende Verfahren.

§ 17 Kosten der Prüfungseinrichtungen

- (1) Die Kosten der Prüfungsstelle und die mit der Tätigkeit der Vorsitzenden/Stellvertreter des Beschwerdeausschusses verbundenen Kosten werden von der KVT und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen. Dies gilt auch für die Kosten aus Rechtsbehelfs- und Rechtsmittelverfahren.

Abweichend davon werden im Fall der Prüfung nach Beauftragung durch die Krankenkassen gemäß Satz 7 des Geltungsbereichs die daraus resultierenden Kosten der Prüfungsstelle und die mit der Tätigkeit der Vorsitzenden / des Stellvertreters des Beschwerdeausschusses verbundenen Kosten durch die Krankenkassen getragen. Dies gilt auch für die Kosten aus Rechtsbehelfs- und Rechtsmittelverfahren. Das Nähere zur Kostentragung wird im Gesellschaftervertrag der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Thüringen vereinbart.

Es erfolgt eine gesonderte Aufstellung im Sinne des § 4 Abs. 1 WiPrüfVO.

- (2) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses haben Anspruch auf Erstattung ihrer baren Auslagen und auf eine Entschädigung für Zeitaufwand nach den für die Mitglieder der Organe der bestellenden Körperschaften geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich gegen die bestellenden Körperschaften bzw. Verbände.

Abweichend davon werden die Entschädigungen für die von der KVT entsandten Vertreter des Beschwerdeausschusses im Fall der Beauftragung durch die Krankenkassen gemäß Satz 7 des Geltungsbereichs der Prüfvereinbarung auf der Basis der jeweils geltenden Entschädigungsordnung für Ehrenamtsträger der KVT im Rahmen der Kostenteilung gemäß § 5 Abs. 6 des Gesellschaftsvertrages der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Thüringen von den Krankenkassen übernommen.

§ 18 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen werden die Vertragspartner zeitnah eine neue Regelung vereinbaren.

§ 19 Inkrafttreten und Kündigung

Diese Prüfvereinbarung tritt am 01.01.2017 in Kraft. Die Prüfvereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 14.12.2016

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

The image shows a handwritten signature in black ink over a horizontal dotted line. To the right of the signature is a circular official stamp. The stamp contains the text 'KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG THÜRINGEN' around the perimeter and a central emblem featuring a coat of arms.

AOK PLUS

The image shows a handwritten signature in black ink that reads 'i.V. Ulf Jäger' over a horizontal dotted line.

BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

.....

IKK classic

.....

Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

.....

Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

.....

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

.....

Anlagen

- Anlage 1 - Vereinbarung nach § 106b SGB V
- Anlage 2 - Zufälligkeitsprüfung
- Anlage 3 - Prüfung in einzelnen und besonderen Fällen
- Anlage 4 - Sonstiger Schaden
- Anlage 5 - unbesetzt

A small, handwritten mark or signature in the bottom right corner of the page.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 14.12.2016

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

JK



AOK PLUS

BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

J. Müller - Riedel

IKK classic

Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

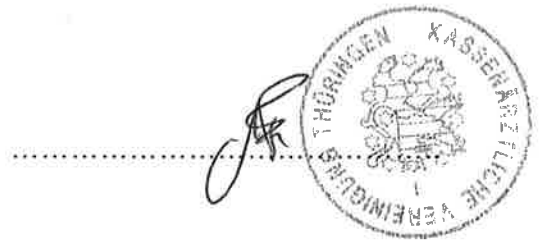
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Anlagen

- Anlage 1 - Vereinbarung nach § 106b SGB V
- Anlage 2 - Zufälligkeitsprüfung
- Anlage 3 - Prüfung in einzelnen und besonderen Fällen
- Anlage 4 - Sonstiger Schaden
- Anlage 5 - unbesetzt

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 14.12.2016

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen



AOK PLUS

.....

BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

.....

IKK classic

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Wauer', is written over a horizontal dotted line.

Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

.....

Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

.....

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

.....

Anlagen

- Anlage 1 - Vereinbarung nach § 106b SGB V
- Anlage 2 - Zufälligkeitsprüfung
- Anlage 3 - Prüfung in einzelnen und besonderen Fällen
- Anlage 4 - Sonstiger Schaden
- Anlage 5 - unbesetzt

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 14.12.2016

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen



AOK PLUS

.....

BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

.....

IKK classic

.....

Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

A large, stylized handwritten signature in black ink is written over a horizontal dotted line.

Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

.....

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

.....

Anlagen

- Anlage 1 - Vereinbarung nach § 106b SGB V
- Anlage 2 - Zufälligkeitsprüfung
- Anlage 3 - Prüfung in einzelnen und besonderen Fällen
- Anlage 4 - Sonstiger Schaden
- Anlage 5 - unbesetzt

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 14.12.2016

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen



AOK PLUS

BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

IKK classic

Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Anlagen

- Anlage 1 - Vereinbarung nach § 106b SGB V
- Anlage 2 - Zufälligkeitsprüfung
- Anlage 3 - Prüfung in einzelnen und besonderen Fällen
- Anlage 4 - Sonstiger Schaden
- Anlage 5 - unbesetzt

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 14.12.2016

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen



AOK PLUS

BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

IKK classic

Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt/Main

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen


Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Landesvertretung Thüringen
Lucas-Canachi-Platz 2 · 99099 Erfurt

Anlagen

- Anlage 1 - Vereinbarung nach § 106b SGB V
- Anlage 2 - Zufälligkeitsprüfung
- Anlage 3 - Prüfung in einzelnen und besonderen Fällen
- Anlage 4 - Sonstiger Schaden
- Anlage 5 - unbesetzt

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Teil A)

Im Verordnungsjahr 2017 wird als Vereinbarung gemäß §106b Abs. 1 SGB V eine statistische Auffälligkeitsprüfung jeweils für Arzneimittel und Heilmittel nach Richtgrößen durchgeführt. Die Vorgaben aus der jeweiligen Richtgrößenvereinbarung sowie die der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V sind zu beachten.

- (1) Die statistischen Auffälligkeitsprüfungen sind für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen. Sie sollen für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden.
- (2) Die Prüfungsstelle bestimmt diejenigen Ärzte, die ihr Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. überschritten haben und führt zunächst im Rahmen der Vorabprüfung eine Prüfung der Einhaltung der Zielwerte gemäß der jeweils gültigen Zielvereinbarung durch. Bei Einhaltung eines Zielwertes gemäß der jeweils gültigen Zielvereinbarung durch den Vertragsarzt wird vor Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens das gesamte Verordnungsvolumen der entsprechenden Indikationsgruppe/Arzneimittelgruppe bzw. Leistungsarten/Heilmittelgruppe vom Verordnungsvolumen des Vertragsarztes (Ist) abgezogen.

Dieser Abzug wird nicht vorgenommen, wenn seitens der Prüfungsstelle begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen trotz Einhaltung des Zielwertes bestehen (z. B. bei unwirtschaftlicher Mengenausweitung lediglich zum Zwecke der Zielerreichung; unwirtschaftliche Ausweitung des Originalpräparateanteils).

Im Fall des Abzugs aufgrund der Zielerreichung erfolgt keine weitere Berücksichtigung der Kosten dieses Arznei- oder Heilmittels als Praxisbesonderheit.

Inhalt der Vorabprüfung ist die Anerkennung folgender Praxisbesonderheiten:

- Anlage 1.1 der Prüfvereinbarung
- Anlage 1.1 b der Prüfvereinbarung
- Anlage 1.2 (Vereinbarung bundesweiter besonderer Verordnungsbedarfe für Heilmittel nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V) der Prüfvereinbarung
- Anlage 1.2 a (landesspezifische Praxisbesonderheiten für Heilmittel) der Prüfvereinbarung

Eine darüber hinausgehende Berücksichtigung kann im Prüfverfahren beantragt werden. Außerdem können anerkannte Praxisbesonderheiten aus den unmittelbar vorangegangenen Prüfzeiträumen von der Prüfungsstelle berücksichtigt werden.

Übersteigt das Verordnungsvolumen eines Vertragsarztes im Prüfungszeitraum das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. und geht die Prüfungsstelle nicht davon aus, dass diese Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung), berät die Prüfungsstelle den Vertragsarzt über Fragen zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung, insbesondere zur Einhaltung der Zielquoten. Die Beratung soll innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung erfolgen. Grundlage der Beratungen sind Übersichten über die vom Vertragsarzt im Prüfzeitraum verordneten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können hinzugezogen werden.

- (3) Vor der Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens (Soll) sollen die Auswirkungen von Verträgen nach § 73b oder § 140a SGB V in der Richtgrößenprüfung berücksichtigt werden.

- (4) Verordnungen von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.
Derartige Kosten werden entweder durch die Krankenkassen der Prüfungsstelle gemeldet oder die Verordnungskosten um diese Kosten beim jeweiligen Arzt vor Lieferung der Daten an die Prüfungsstelle durch die Krankenkassen bereinigt.
- (5) In Umsetzung der Rahmenvorgaben Arzneimittel vom 30.09.2016 sind die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere) in dem Verordnungsjahr 2017 nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere) sind daher von den Gesamtkosten (IST) vor der Feststellung der Überschreitung des fachgruppenbezogenen Richtgrößenvolumens in Abzug zu bringen.
- (6) Soweit Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel bei der Berechnung der Richtgrößen für den Prüfzeitraum in der Richtgrößenvereinbarung ausgeschlossen wurden, sind deren Kosten vor der Feststellung des Überschreitungsvolumens beim einzelnen Vertragsarzt in Abzug zu bringen.
- (7) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist auch die Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V zu prüfen. Soweit dabei Nutzen und Kosten von Arzneimitteln (§ 35b Abs. 1 SGB V) geprüft werden, sind die verschlüsselten Diagnosen behandlungsfallbezogen hinzuzuziehen.
- (8) Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, erkennt die Prüfungsstelle entsprechend § 130b Abs. 2 SGB V als Praxisbesonderheit an, wenn der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten hat. Diese Anforderungen sind in den Anlagen der Verträge nach § 130b Abs. 1 SGB V aufgeführt. Die Anforderungen sind in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V zu hinterlegen. Für den Fall, dass die Anforderungen nicht in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V hinterlegt werden können, informiert die KVT die Ärzte über die Anforderungen.
- (9) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit innerhalb der Praxisbesonderheiten die Anlehnung an die Kostenstruktur der Vergleichsgruppe zulässig, soweit andere vergleichende Methoden nicht zur Verfügung stehen oder bekannt sind.
- (10) Die durch den Vertragsarzt geltend gemachten Praxisbesonderheiten sind zu begründen. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten kann nur durch die Prüfungseinrichtungen erfolgen. Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche für die Vergleichsgruppe nach der aktuellen Richtgrößenvereinbarung von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungskosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert. Zusätzlich kann auch eine von der Vergleichsgruppe abweichende Altersstruktur der Versicherten bewertet und die Auswirkungen auf das Verordnungsvolumen bei Arznei- und Verbandmitteln bzw. Heilmitteln bestimmt werden.
Die Prüfung und Anerkennung der nachgewiesenen Mehrkosten für Verordnungen im Rahmen der DMP, die dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes entstanden sind, erfolgt durch die Prüfeinrichtungen. Diese sind als Praxisbesonderheiten zu werten.

Mehrkosten bei zulässiger Mitversorgung (im Rahmen des Fachgebietes) aus anderen Fachgebieten aus Sicherstellungsbedarf können ebenfalls berücksichtigt werden. Weitere Praxisbesonderheiten können Wirkstoffe der Anlage 1.1a (Nutzenbewertete Arzneimittel) der Prüfvereinbarung sein.

Die Quantifizierung aller durch die Prüfungseinrichtungen anerkannten Praxisbesonderheiten ist in der Regel auf die Höhe der dadurch gegenüber der Vergleichsgruppe bedingten Mehrkosten je Fall begrenzt. Abweichend davon sind insbesondere

- die für die Heilmittel der Anlage 1.2 definierten Praxisbesonderheiten vollständig,
- die Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 S. 1, Abs. 2 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, entsprechend der jeweiligen Vereinbarung zu berücksichtigen.

Die Vertragspartner kommen überein, die Anlagen 1.1, 1.1a und 1.2a jährlich zu aktualisieren.

- (11) Soweit erstmalig im Ergebnis der Richtgrößenprüfung unbegründeter Mehraufwand größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) festgestellt wurde, wird über das Verfahren ein Bescheid erstellt, der eine individuelle Beratung für die betroffene Praxis nach § 106b Abs. 2 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V festsetzt. Dies gilt für Arzneimittel und Heilmittel gesondert. Ein Erstattungsbetrag wird nicht festgesetzt. Die Feststellung unbegründeten Mehraufwandes nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten größer 25 v. H. in der Richtgrößenprüfung erfolgt durch die Prüfungsgremien.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt vor, wenn bisher:

- weder eine individuelle Beratung des Arztes nach § 106b Abs. 2 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,
- noch eine „Nachforderung“ (Erstattung des Mehraufwandes im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) oder Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt auch vor, wenn eine individuelle Beratung nach Absatz 11 Satz 1 oder § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung), oder ein „Nachforderung“ nach § 106 SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) länger als 5 Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurückliegen.

Die individuelle Beratung als Maßnahmen nach § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V gilt als nicht erfolgt, wenn der Bescheid, mit dem die Beratung festgesetzt wurde, rechtskräftig aufgehoben wurde.

Die individuelle Beratung kann frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides erfolgen. Sie soll spätestens 6 Monate nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides durchgeführt worden sein.

Die Durchführung und die Inhalte der individuellen Beratung sind zu dokumentieren.

Die individuelle Beratung erfolgt schriftlich durch die Prüfungsstelle mit dem zusätzlichen Angebot einer ergänzenden mündlichen Beratung innerhalb von 3 Monaten nach Zugang der schriftlichen Beratung der Prüfungsstelle. Die schriftliche individuelle Beratung gilt mit Zustellung des Dokumentes zur schriftlichen Beratung als erfolgt. Für die Feststellung des Prüfzeitraumes nach einer Beratung ist der Zeitpunkt der Zustellung der schriftlichen Beratung maßgeblich.

Die individuelle Beratung hat fachlich qualifiziert zu erfolgen. Das Nähere regeln die Vertragspartner.

Im Rahmen der individuellen Beratung können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten oder bei Heilmitteln von Praxisbesonderheiten sowie besonderen Verordnungsbedarfen beantragen.

Die Inhalte und der Hergang der mündlichen Beratung sind zu protokollieren. Im Protokoll werden mindestens folgende Sachverhalte festgehalten:

- Benennung der vom Arzt zusätzlich beantragten Praxisbesonderheiten oder bei Heilmitteln zusätzlich von besonderen Verordnungsbedarfen
- Benennung der Einsparmöglichkeiten (Wirtschaftlichkeitsreserven) auf Basis der getroffenen Entscheidung
- Aufnahme und Bewertung der vom Arzt abgegebenen Erwiderungen/Begründungen zu den benannten Einsparmöglichkeiten
- Auseinandersetzung zum Erfüllungsstand der vereinbarten Zielquoten.

Das Protokoll ist dem betroffenen Arzt, der KVT und den Verbänden der Krankenkassen innerhalb eines Monats zur Verfügung zu stellen. In Folgeverfahren sind von der Prüfungsstelle bzw. vom Beschwerdeausschuss das Protokoll und ggf. die Dokumentation in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Die Prüfungsstelle prüft, ob der Prüfbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen wird, wenn der Arzt und der die Beratung Durchführende im Rahmen der Beratung übereinstimmend zu der Einschätzung gelangen, dass eine Festsetzung der Beratung nicht hätte erfolgen dürfen.

Eine weitere Maßnahme im Rahmen einer statistischen Prüfung kann erstmals für den Prüfzeitraum nach einer erfolgten individuellen Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt oder die Beratungstermine nicht wahrgenommen hat.

Zusätzlich kann der Arzt zu Fortbildungen bzw. Schulungen verpflichtet werden.

Die Prüfungsstelle hat den Vertragsarzt im Rahmen der Aufforderung zur Stellungnahme darüber in Kenntnis zu setzen, welche Praxisbesonderheiten im Rahmen der Vorabprüfung berücksichtigt wurden. Weiterhin hat die Prüfungsstelle den Vertragsarzt im Rahmen der Aufforderung zur Stellungnahme auch darüber in Kenntnis zu setzen, aus welchen Gründen der Abzug bei der Prüfung der Einhaltung der Zielwerte nicht vorgenommen wurde.

Die Prüfungsgremien können bei Feststellung unbegründeten Mehraufwandes größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) Nachforderungen, erstmals für den Prüfzeitraum nach einer erfolgten individuellen Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festsetzen. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat oder die Beratungstermine nicht wahrgenommen hat. Die Festsetzung eines Nachforderungsbetrages unter Beachtung des § 5 Abs. 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V kann bei Feststellung unbegründeten Mehraufwandes größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) erfolgen.

Für die erstmalige Nachforderung der Mehrkosten setzen die Prüfungseinrichtungen einen Betrag von nicht mehr als 12.500 Euro fest. Vor der Festsetzung haben die Prüfungseinrichtungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinzuwirken, die eine Minderung der Nachforderung um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann.

- (12) Bei der Festsetzung einer Nachforderung ist die arztindividuelle Netto/Brutto-Quote zugrunde zu legen.

Zur Festlegung des den Krankenkassen zu erstattenden Nachforderungsbetrages (Netto) sind Zuzahlungen und Rabatte stufenweise vom festgestellten Mehraufwand abzuziehen. Dieses erfolgt durch die Absetzung der von den Krankenkassen übermittelten Beträge für Zuzahlungen und gesetzliche Rabatte. Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V aufgrund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, werden wie folgt berücksichtigt:

- a) Die Krankenkassen liefern die um Rabatte aus Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V bereinigten Nettowerte oder
 - b) die Krankenkassen melden jeweils separat an die Prüfungsstelle die PZN der rabattierten Arzneimittel sowie den Rabattprozentsatz bzw. die ersparten Aufwendungen aus Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V oder
 - c) Abzug von pauschal 14,5 % auf die entsprechenden rabattierten Arzneimittel (Pharmazentralnummern/ATC) aus Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V, soweit derartige Verträge für die Krankenkasse existieren und keine Berücksichtigung nach Punkt a oder b erfolgt ist, oder
 - d) Abzug von 6 % des Gesamtverordnungsvolumens des Arztes bei der jeweiligen Krankenkasse, die keine Meldung zu Rabattverträgen erstattet.
- (13) Die Festsetzung einer Nachforderung muss innerhalb von 2 Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraumes erfolgen.
- (14) Ärzte, welche sich erstmals seit 2 Jahren vor dem Prüfzeitraum niedergelassen haben bzw. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden im Verordnungszeitraum 2017, wenn sie in die Prüfung einbezogen wurden, durch die Vertragspartner insbesondere zu Wirtschaftlichkeitszielen im Rahmen einer Niederlassungsberatung informiert. Sie erhalten in den ersten beiden Prüfzeiträumen nach Niederlassung keine Nachforderungen im Falle von festgestellten Unwirtschaftlichkeiten. Hierzu erfolgen zunächst Beratungen durch die Vertragspartner. Diese gelten nicht als Beratung im Sinne des Absatzes 11.

Anlage 1.1

Anlage 1.1a

Anlage 1.1b

Anlage 1.2

Anlage 1.2a

Teil B)

Für Verordnungen ab dem 01.01.2018 werden Zielquotenprüfungen durchgeführt. Die Vertragspartner streben Folgendes an:

- (1) Die Ziele im Arzneimittelbereich werden im Rahmen der Vereinbarungen nach § 84 SGB V jährlich festgelegt. Die Ziele sollen in der Regel mindestens 50 % der DDD oder 50 % der Kosten der entsprechenden Prüfgruppen der KV Thüringen umfassen. Der Zielwert wird in einem prozentualen Anteil auf Basis von DDD von Zielsubstanzen (ZS) zu Nichtzielsubstanzen (NZS) zuzüglich Zielsubstanzen festgelegt.

$$\text{Zielwert Ziel A} = \frac{\text{DDD ZS Ziel A} \times 100\%}{(\text{DDD ZS Ziel A} + \text{DDD NZS Ziel A})}$$

- (2) Die Ziele im Heilmittelbereich werden im Rahmen der Vereinbarungen nach § 84 SGB V jährlich festgelegt. Der Zielwert wird in einem prozentualen Anteil auf Basis von Behandlungseinheiten von Zielheilmitteln (ZHM) zu Nichtzielheilmitteln (NZH) zuzüglich Zielheilmitteln festgelegt.

$$\text{Zielwert Ziel H} = \frac{\text{Behandlungseinheiten ZHM Ziel H} \times 100\%}{(\text{Behandlungseinheiten ZHM Ziel H} + \text{Behandlungseinheiten NZH Ziel H})}$$

- (3) Der Zielwert (außer bei Rabattquoten nach Punkt 7) je Ziel liegt bis auf weiteres beim Median des Vorvorjahres/Vorvorhalbjahres¹ der Prüfgruppe. Dieser Zielwert² gilt auch bei Ärzten aus Prüfgruppen, die die vom Zielwert umfassten Arzneimittel/Heilmittel nur gelegentlich verordnen, aber die Verordnungsmengen nach Punkt 16 überschreiten. Die Festlegung der Prüfgruppen obliegt den Vertragspartnern. Die KV Thüringen stellt den Krankenkassen und der Prüfungsstelle eine aktuelle Übersicht Prüfgruppe und dazugehörige LANR zur Verfügung.

¹ Für die Zielwerte des Jahres 2017 werden die Daten aus 2015 (ggf. 1. Halbjahr 2015) zu Grunde gelegt.

² Gemeinsamer KVT-Referenzwert (Medianwert über alle VO) für Prüfgruppen mit statistisch nicht auswertbaren Zielen

- (4) Sofern sich Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Verordnung aufgrund einer Mengenausweitung zum Zwecke der Zielwerterreichung bestätigen, bleiben diese unwirtschaftlichen Verordnungen (in DDD bzw. Behandlungsanteilen je Behandlungsfall) bei der Ist-Quotenfeststellung unberücksichtigt.
- (5) Arzneimittel, für welche die Krankenkasse einen Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V/130c SGB V geschlossen hat, und die zu den Nichtzielsubstanzen gehören, werden bei der Feststellung der Quotenerreichung mit einem DDD Abschlag von $0, x^3$ auf jede zu wertende DDD zu Gunsten des Arztes berücksichtigt. 1 DDD wird somit mit $0, y^3$ DDD in den betreffenden Zielen gewertet. Die ermittelte Prüfungsgrenze nach Absatz 8 bleibt hiervon unberührt.

$$\text{Zielerfüllung Ziel A} = \frac{\text{DDD ZS Ziel A} \times 100\%}{(\text{DDD ZS Ziel A} + \text{DDD NZS nichtrabattiert Ziel A} \times 1 + \text{DDD NZS rabattiert Ziel A} \times 0, y)}$$

- (6) Die Vertragspartner können sich auf Rabattquoten als Wirtschaftlichkeitsziele verständigen. Die Vertragspartner können bestimmen, dass die Erfüllung dieser Rabattquoten zur Befreiung oder Teilbefreiung von der Zielquotenprüfung führen.
- (7) Die Prüfungsstelle stellt den Grad der Zielerreichung jährlich je Arzt und Ziel fest. Erreicht der Arzt seine Ziele wird er nicht nach Zielquoten geprüft. Für Ärzte, die die Ziele nicht erreichen, wird eine Zielquotenprüfung durchgeführt. Über eine Wichtung bzw. Saldierung der Ziele in Abhängigkeit von den betroffenen DDD und Kosten verständigen sich die Vertragspartner.
- (8) Für die Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die von den Vertragspartnern zu definierende Prüfungsgrenze maßgeblich. Die Prüfungsgrenze in jedem Ziel wird durch die Prüfungsstelle berechnet. Sie ermittelt sich jeweils aus denjenigen 15 % Unterschreitern der Prüfgruppe, die am weitesten vom jeweiligen Zielwert entfernt sind.
- (9) Maximal 5 % der Ärzte einer Prüfgruppe werden geprüft. Die Prüfungsstelle trifft die Auswahl unter Berücksichtigung der von den Vertragspartnern vorgegebenen Kriterien (z. B. Patientenstruktur und tatsächliche Relevanz einer Quotenverfehlung) einschließlich der Punkte 7 und 8.
- (10) Nach Feststellung der Unwirtschaftlichkeit erfolgt die Berücksichtigung der bundesweiten Praxisbesonderheiten (s. § 7 Prüfvereinbarung) bzw. besonderer Ordnungsbedarfe. Weitere Praxisbesonderheiten können im Prüfverfahren vom Arzt individuell beantragt werden. Über den genauen Ablauf der Zielquotenprüfung verständigen sich die Vertragspartner.
- (11) Bei erstmaliger Auffälligkeit eines Arztes erfolgt eine individuelle Beratung ggf. in Verbindung mit einer Fortbildungsverpflichtung. Es gelten die Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V.
- (12) Wird dem Arzt innerhalb von 5 Jahren nach dem geprüften Ordnungszeitraum erneut im Prüfverfahren Unwirtschaftlichkeit nachgewiesen, zahlt der Arzt eine pauschalierte Nachforderung. Die pauschalierte Nachforderung ist abhängig vom Ordnungsvolumen und dem Grad der Zielverfehlung. Über das Nähere verständigen sich die Vertragspartner.
- (13) Bezüglich der Ärzte, welche sich erstmals niederlassen bzw. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden in den ersten beiden Prüfzeiträumen durch die Ver-

³ Wert in Überprüfung

tragspartner geeignete Steuerungsmaßnahmen (wie z. B. Niederlassungsberatung insbesondere zu Wirtschaftlichkeitszielen) festgelegt. Sie erhalten in den ersten beiden Prüfzeiträumen der Niederlassung keine pauschalierten Nachforderungen im Falle von festgestellten Unwirtschaftlichkeiten im Rahmen dieser Anlage. Hierzu erfolgen zunächst Beratungen durch die Vertragspartner. Diese gelten nicht als Beratung im Sinne des Absatzes 11.

- (14) Arzneimittel und Heilmittel, welche bei Ärzten mit Zielwerten nicht von diesen umfasst sind, können nach anderen Prüfungsarten, mit Ausnahme von Zufälligkeitsprüfungen, dieser Prüfvereinbarung geprüft werden.
- (15) Bei Ärzten ohne Ziele oder mit weniger als 5.000 DDD (Medikationskatalog) und weniger als 2.000 DDD (Ziele ohne Medikationskatalog summiert) Jahresverordnungsmengen bzw. weniger als 200 Heilmittel-Behandlungseinheiten pro Jahr in den Zielfeldern können Verordnungsfallwertprüfungen durchgeführt werden. Es gelten die Anlagen der Praxisbesonderheiten 1.1, 1.1a, 1.2, 1.2a. Die Praxisbesonderheiten umfassen keine Wirkstoffe, für die Ziele bestimmt sind. Das Nähere regeln die Vertragspartner.
- (16) Ärzte mit Gesamtverordnungsmengen pro Jahr von weniger als 5.000 DDD und Heilmittelbehandlungen von weniger als 200 Behandlungseinheiten werden nicht nach dieser Anlage geprüft.
- (17) Die Vertragspartner unterstützen die Beratungen mit flankierenden Maßnahmen.
- (18) Die Vertragspartner arbeiten innerhalb der Prüfzeiträume gemeinsam an der Bewertung und weiteren Anpassung der Ziele und Zielwertbereiche für künftige Prüfzeiträume.
- (19) Als Arzt im Sinne dieser Anlage gelten bei Arztpraxen bzw. Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ mit mehreren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten alle Ärzte der gleichen Prüfgruppe als gemeinsame Prüfeinheit.

Anlage 1.1

Anlage 1.1a

Anlage 1.2

Anlage 1.2a

Anlage 1.1 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Praxisbesonderheiten:

Bereich Arznei- und Verbandmittel
(von Amts wegen zu berücksichtigen, vorabzugsfähig)

Gültigkeit: ab 2017

Stand der Wirkstoffliste: 01.01.2015

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
99710A	Therapie des M. Gaucher und der Niemann-Pick-Krankheit - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	A16AB02 A16AB10 A16AX06	Imiglucerase Velaglucerase alfa Miglustat
99711A	Hormonelle Behandlung und in-vitro-Fertilisation bei Sterilität	G03GA01 G03GA02 G03GA04 G03GA05 G03GA06 G03GA07 G03GA08 G03GA09 G03GA21 H01CA01 H01CA02 H01CC01 H01CC02	Choriongonadotropin hum. menopaus. Gonadotropin Urofollitropin Follitropin alfa Follitropin beta Lutropin alfa Choriongonadotropin alfa Corifollitropin alfa Lutropin alfa und Follitropin alfa Gonadorelin Nafarelin Ganirelix Cetrorelix
99712A	Therapie der schubförmig verlaufenden bzw. sek. progredienten MS und deren Manifestationen mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten	L03AB07 L03AB08 L03AX13	Interferon beta-1a Interferon beta-1b Glatirameracetat
99713A	Arzneimitteltherapie bei Hepatitis B und C* mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln	J05AB04 J05AF05 J05AF07 J05AF08 J05AF10 J05AF11 L03AB04 L03AB05 L03AB10 L03AB11 L03AB61	Ribavirin Lamivudin Tenofovir disoproxil (auch bei HIV enthalten) Adefovir dipivoxil Entecavir Telbivudin Interferon alfa-2a Interferon alfa-2b Peginterferon alfa-2b Peginterferon alfa-2a Peginterferon alfa-2a, Kombination
99714A	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	J01DF01 J01GB01 J01XB01 R05CB13 R05CB16	Aztreonam Tobramycin Colistin Dornase alfa Mannitol
99715A	Arzneimitteltherapie der fortgeschrittenen und terminalen Niereninsuffizienz - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	B03XA H05BX01 H05BX02 L04AD01	Andere Antianämika Cinacalcet Paricalcitol Ciclosporin
99716A	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln inkl. entspr. Rezepturbereitungen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	Einzel dosenzubereitung: 2567107 2567113 2567136 N07BC01 N07BC02 N07BC05 N07BC51	L-Polamidon Subutex Suboxone Buprenorphin Methadon Levomethadon Buprenorphin, Komb. (Suboxone)

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
		09999086	Sonder-PZN für Methadonzubereitungen
99717A	Behandlung von Kindern mit nachgewiesenem hypophysären Minderwuchs mit Wachstumshormonen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	H01AC	Somatotropin und Somatotropin- Agonisten
99718A	Chemotherapie von Tumorpatienten sowie die Therapie mit für diese Indikation zugelassenen Interferonen, Hormonanaloga und Zytokinen inkl. Antiemetika, einschließlich Bisphosphonate u. a. Mittel mit Einfluss auf die Knochenstruktur und Mineralisation zur Behandlung tumorbedingter Metastasen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	A03FA05 A04AA01 A04AA02 A04AA03 A04AA04 A04AA05 A04AD12 A04AD12 B03XA G03HA01 H01CB02 H05BX01 J06BA L01AA01 L01AA02 L01AA03 L01AA06 L01AA07 L01AA09 L01AB01 L01AB02 L01AC01 L01AD01 L01AD02 L01AD06 L01AX03 L01AX04 L01BA01 L01BA04 L01BB02 L01BB03 L01BB04 L01BB05 L01BB07 L01BC01 L01BC02 L01BC05 L01BC06 L01BC07 L01BC53 L01CA01 L01CA02 L01CA03 L01CA04 L01CA05 L01CB01 L01CB02 L01CD01 L01CD02 L01CX01 L01DA01 L01DB01 L01DB02 L01DB03 L01DB06	Alizaprid Ondansetron Granisetron Tropisetron Dolasetron Palonosetron Aprepitant Fosaprepitant Antianämika Cyproteron Octreotid Cinacalcet Immunglobuline Cyclophosphamid Chlorambucil Melphalan Ifosfamid Trofosfamid Bendamustin Busulfan Treo sulfan Thiotepa Carmustin Lomustin Nimustin Temozolomid Dacarbazin Methotrexat Pemetrexed 6-Mercaptopurin 6-Tioguanin Cladribin Fludarabin Nelarabin Cytarabin Fluorouracil Gemcitabin Capecitabin Azacitidin Tegafur, Kombinationen Vinblastin Vincristin Vindesin Vinorelbin Vinflunin Etoposid Teniposid Paclitaxel Docetaxel Trabectedin Dactinomycin Doxorubicin Daunorubicin Epirubicin Idarubicin

Abrechnungs- positionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe
		L01DB07 Mitoxantron
		L01DC01 Bleomycin
		L01DC03 Mitomycin
		L01XA01 Cisplatin
		L01XA02 Carboplatin
		L01XA03 Oxaliplatin
		L01XB01 Procarbazin
		L01XC02 Rituximab
		L01XC03 Trastuzumab
		L01XC04 Alemtuzumab
		L01XC06 Cetuximab
		L01XC07 Bevacizumab
		L01XC08 Panitumumab
		L01XC09 Catumaxomab (intraperit. Behandlung des malignen Ascites)
		L01XC10 Ofatumumab
		L01XD01 Porfimer natrium
		L01XD03 Methylaminolevulinat
		L01XD05 Temoporfin
		L01XE01 Imatinib
		L01XE02 Gefitinib
		L01XE03 Erlotinib
		L01XE04 Sunitinib
		L01XE05 Sorafenib
		L01XE06 Dasatinib
		L01XE07 Lapatinib
		L01XE08 Nilotinib
		L01XE09 Temsirolimus
		L01XE10 Everolimus
		L01XE11 Pazopanib
		L01XX01 Amsacrin
		L01XX02 Asparaginase
		L01XX05 Hydroxycarbamid
		L01XX08 Pentostatin
		L01XX09 Miltefosin
		L01XX11 Estramustin
		L01XX14 Tretinoin
		L01XX17 Topotecan
		L01XX19 Irinotecan
		L01XX22 Alitretinoin
		L01XX23 Mitotan
		L01XX24 Pegaspargase
		L01XX25 Bexaroten
		L01XX32 Bortezomib
		L02AB01 Megestrol
		L02AB02 Medroxyprogesteron
		L02AE01 Buserelin
		L02AE02 Leuprorelin
		L02AE03 Goserelin
		L02AE04 Triptorelin
		L02AE05 Histrelin
		L02BA01 Tamoxifen
		L02BA02 Toremifen
		L02BA03 Fulvestrant
		L02BB01 Flutamid
		L02BB03 Bicalutamid
		L02BG01 Aminoglutethimid
		L02BG02 Formestan
		L02BG03 Anastrozol
		L02BG04 Letrozol
		L02BG06 Exemestan

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
		L02BX01 L02BX02 L03AA02 L03AA10 L03AA13 L03AB02 L03AB04 L03AB05 L03AC01 L03AX03 L03AX11 L03AX14 L03AX15 L03AX16 L01XE10 L04AX02 L04AX04 M05BA02 M05BA03 M05BA05 M05BA06 M05BA08 M05BX04 V03AF01 indiv. parentale 02567461 02567478 09999092 09999152 V03AF02 V03AF03 V03AF05 V03AF06 V03AF07 V03AF08	Abarelix Degarelix Filgrastim Lenograstim Pegfilgrastim Interferon beta, natürlich Interferon alfa-2a Interferon alfa-2b Aldesleukin BCG-Impfstoff Tasonermin Histamin dihydrochlorid Mifamurtid Plerixafor (Mobilisierung hämatopoet. Stammzellen) Everolimus Thalidomid Lenalidomid Clodronsäure Pamidronsäure Tiludronsäure Ibandronsäure Zoledronsäure Denusomab Mesna Lösungen: Sonder-PZN für parenterale Folinat-Lösungen Sonder-PZN für Rezepturen monoklonaler Antikörper Sonder-PZN für Zytostatika-Rezepturen Sonder-PZN für sonst. parenterale Zubereitungen Dexrazoxan Calciumfolinat Amifostin Natriumfolinat Rasburicase Palifermin
99719A	Therapie von behandlungsbedürftigen HIV-Infektionen sowie Therapie von behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen	J04AB04 J05AB14 J05AD01 J05AE01 J05AE02 J05AE03 J05AE04 J05AE05 J05AE07 J05AE08 J05AE09 J05AE10 J05AF01 J05AF02 J05AF03 J05AF04 J05AF05 J05AF06 J05AF07 J05AF09	Rifabutin Valganciclovir Foscarnet Saquinavir Indinavir Ritonavir Nelfinavir Amprenavir Fosamprenavir Atazanavir Tipranavir Darunavir Zidovudin Didanosin Zalcitabin Stavudin Lamivudin Abacavir Tenofovir disoproxil Emtricitabin

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
		J05AG01 J05AG03 J05AG04 J05AR01 J05AR02 J05AR03 J05AR04 J05AR06 J05AR10 J05AX07 J05AX08 J05AX09 L03AA02	Nevirapin Efavirenz Etravirin Zidovudin+Lamivudin Lamivudin+Abacavir Emtricitabin+Tenofovir disoproxil Zidovudin+Lamivudin+ Abacavir Emtricitabin+Tenofovir disoproxil+ Efavirenz Lopinavir+Ritonavir Enfuvirtid Raltegravir Maraviroc Filgrastim
99720A	Insulintherapie und Teststreifenverordnung beim insulinpflichtigen Diabetes mellitus	A10AB01 A10AB04 A10AB05 A10AB06 A10AC01 A10AD01 A10AD04 A10AD05 A10AE04 A10AE05 V04CA03/	Insulin (human) Insulin lispro Insulin aspart Insulin glulisin Insulin (human) Insulin (human) Insulin lispro Insulin aspart Insulin glargin Insulin detemir Teststreifen
99721A	Therapie von Erkrankungen des rheumat. Formenkreises (inkl. Psoriasisarthritis) mit dafür zugelassenen TNF-Alpha-Inhibitoren und Interleukininhibitoren, monoklonalen Antikörpern, Fusionsproteinen und Immunsuppressiva - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	L04AA24 L04AB01 L04AB02 L04AB04 L04AB05 L04AB06 L04AC03 L04AC07 L01XC02	Abatacept Etanercept Infliximab Adalimumab Certolizumab pegol Golimumab Anakinra Tocilizumab Rituximab
99722A	Therapie von chron. entzündlichen Darmerkrankungen mit dafür zugelassenen TNF-Alpha-Inhibitoren - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	L04AB02 L04AB04	Infliximab Adalimumab
99723A	Behandlung des M. Fabry (Enzyme)	A16AB03 A16AB04	Agalsidase alfa Agalsidase beta
99724A	photodynamische Therapie mit Verteporfin bei exudativer (feuchter) altersbezogener Makuladegeneration (AMD) mit vorwiegend klassischen subfovealen chorioidalen Neovaskularisationen (CNV)	S01LA01	Verteporfin
99725A	Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden. - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	J06BB16	Palivizumab
99726A	Immunsuppressiva nach Organtransplantation	L04AA02 L04AA03	Muromonab-CD3 Antilymphozytäres IG

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe
		L04AA04 Antithymozytäres IG L04AA06 Mycophenolsäure L04AA10 Sirolimus L04AA18 Everolimus L04AC01 Daclizumab L04AD01 Ciclosporin L04AD02 Tacrolimus
99728A	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten	B02BD01 Gerinnungsfaktoren II,VII,IX,X in Kombination B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII B02BD03 Faktor-VIII-Inhibitor-bypass-Aktivität B02BD04 Gerinnungsfaktor IX B02BD05 Gerinnungsfaktor VII B02BD06 Von Willebrand-Faktor und Gerinnungsfaktor VIII in Kombination B02BD07 Gerinnungsfaktor XIII B02BD08 Eptacog alfa (aktiviert) B02BD09 Nonacog alfa B02BD10 VonWillebrand-Faktor B02BD31 Moroctocog alfa B02BD15 Octocog alfa
99731A	Therapie chronischer Schmerzen mit starkwirksamen Opiaten unter Beachtung des WHO-Schmerzschemas	N02AA01 Morphin N02AA03 Hydromorphon N02AA05 Oxycodon N02AB03 Fentanyl N02AE01 Buprenorphin
99734A	Spezifische Immuntherapie, Hyposensibilisierung	V01AA Allergen-Extrakte
99744A	Passive Immunisierung von Patienten mit spezifischen Immunglobulinen	J06BB03 Varizella/Zoster-IG J06BB04 Hepatitis B-IG J06BB05 Tollwutimmunglobulin J06BB09 CMV-IG
99749A	Therapie der pulmonalen arteriellen Hypertonie mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten	B01AC11 Iloprost B01AC21 Treprostinil C02KX01 Bosentan C02KX02 Ambrisentan C02KX04 Sildenafil C02KX05 Tadalafil C02KX08 Iloprost
99751A	Therapie von Patienten mit Mukopolysaccharidose verschiedener Formen	A16AB05 Laronidase A16AB08 Galsulfase A16AB09 Idursulfase
99762A	Therapie mit TNF-Alpha-Inhibitoren und monoklonalen Antikörpern entsprechend der Arzneimittelzulassung bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis vom Plaquetyp	L04AB01 Etanercept L04AB02 Infliximab L04 AB04 Adalimumab L04AC05 Ustekinumab
99763A	Parenterale Ernährung bei strenger Indikation gemäß Arzneimittel-Richtlinien	B05BA Lösungen zur parenteralen Ernährung
99764A	Substitution/Therapie des Alpha-1-Proteinaseinhibitormangels (z. B. Prolastin HS)	B02AB02 Alfa1-Antitrypsin
99765A	Behandlung der Narkolepsie mit Kataplexie mit dafür zugelassenen Präparaten	N06AA04 Clomipramin N06BA04 Methylphenidat N06BA07 Modafinil N07XX04 Natriumoxybat
99766A	Behandlung der paroxysmalen nächtlichen Hämoglobulinurie	L04AA25 Eculizumab
99767A	Behandlung der amyotrophen Lateralsklerose	N07XX02 Riluzol
99774A	Lambert-Eaton-Myasthenisches Syndrom	N07XX05 Amifampridin
99775A	Hyponatriämie bei SIADH	C03XA01 Tolvaptan
99776A	Störungen des Harnstoffzyklus	A16AA05 Carglumsäure

Abrechnungspositionen	Indikationen/ Therapien	ATC-Code / Wirkstoffe	
	angeborene Störungen: Carbamylphosphatsynthetase-Mangel Ornithintranscarbamylase-Mangel Argininsuccinatsynthetase-Mangel N-Acetylglutamatsynthetase-Mangel (Hyperammonämie)	A16AX03	Natriumphenylbutyrat
99777A	Tyrosinämie	A16AX04	Nitisinon
99778A	Behandlung von CAPS	L04AC08	Canakinumab
99779A	Morbus Pompe	A16AB07	Alglucosidase alfa
99780A	Behandlung des hereditären Angioödems, akut	B06AC01	C ₁ - Inhibitor, aus Plasma gewonnen
		B06AC02	Icatibant
99781A	Behandlung der PKU	A16AX07	Sapropterin
99782A	Wachstumsstörungen bei Kindern und Jugendlichen bei schwerem IGF 1-Mangel	H01AC03	Mecasermin
99783A	Intrathekale Analgesie	N02BG08	Ziconotid
99784A	Therapie splenektomierter Patienten mit chronischer immun-(idiopathischer)throm- bozytopeinischer Purpura	B02BX04	Romiplostim
		B02BX05	Eltrombopag
99785A	Therapie des Fibrinogenmangels, erworben oder kongenital oder akut	B02BB01	Fibrinogen, human
99786A	Therapie des Antithrombinmangels, erworben oder angeboren	B01AB02	Antithrombin III, Antithrombin alfa
99787A	Blutprodukte entspr. Transfusionsgesetz	B05A	Blut und verwandte Produkte, exkl. Volumenersatzmittel (Dextrane, gelatine-haltige Mittel, Hydroxyethylstärke sowie jeweils in Komb.), exkl. Stammzellen aus Nabelschnurblut
99788A	Therapie der heparininduzierten Thrombozytopenie (HIT) Typ 2	B01AE03	Argatroban
99735A	Therapie der Hypothalamus- und Hypophysenerkrankungen einschl. der Akromegalie	H01AX01	Pegvisomant
99789A	Adjuvante Therapie der Homocystinurie	A16AA06	Betain
99790A	Beta-Thalassämie, Patienten mit chron. Transfusionsbedingter Eisenüberladung	V03AC03	Deferasirox
99791A	Therapie des Morbus Wilson	A16AX05	Zinkacetat
99792A	Systemische Sklerodermie	C02KX01	Bosentan
99793A	Essentielle Thrombozythämie	L01XX35	Anagrelid

Darüber hinaus gelten die gesetzlich vorgegebenen Praxisbesonderheiten gemäß Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 S.1, Abs. 2 SGB V, nach § 7 Abs. 3, 4 Satz 2, Anlage 1 Teil A, Abs. 8 und 10 sowie Anlage 1, Teil B der Prüfvereinbarung.

* für die ab 01.01.2014 zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weiteren siehe Anlage 1 Teil A, Abs. 5 sowie Anlage 1, Teil B der Prüfvereinbarung

Anlage 1.1a zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Praxisbesonderheiten: Nutzenbewertete Arzneimittel

Bereich Arznei- und Verbandmittel

Voraussetzung: Verordnung in Indikationen, in denen ein Zusatznutzen festgestellt wurde und ab dem Zeitpunkt, ab dem ein Erstattungsbetrag gilt.

Stand der Wirkstoffliste: 17.03.2016

Abrechnungspositionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 01.03.2016
99712A	Therapie der schubförmig verlaufenden bzw. sek. progredienten MS und deren Manifestationen nur mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten	L04AA27 Fingolimod	Ja
		N02BG10 Nabiximols	Ja
99713A	Arzneimitteltherapie bei Hepatitis B und C* mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln	J05AE12 Boceprevir	Ja
		J05AE11 Telaprevir	Ja
99714A	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	R07AX02 Ivacaftor	Ja
99718A	Chemotherapie von Tumorpatienten sowie die Therapie mit für diese Indikation zugelassenen Interferonen, Hormonanaloga und Zytokinen inkl. Antiemetika, einschließlich Bisphosphonate u. a. Mittel mit Einfluss auf die Knochenstruktur und Mineralisation zur Behandlung tumorbedingter Metastasen - unter Berücksichtigung der Therapiehinweise gemäß Anlage IV AMR	L01BC08 Decitabin	Ja
		L01CD04 Carbazitaxel	Ja
		L01CX12 Brentuximab	Ja
		L01XX41 Eribulin	Ja
		L01XC11 Ipilimumab	Ja
		L01XC13 Pertuzumab	Ja
		L01XE12 Vandetanib	Ja
		L01XE14 Bosutinib	Ja
		L01XE15 Vemurafenib	Ja
		L01XE16 Crizotinib	Ja
		L01XE18 Ruxolitinib	Ja
L01XE24 Ponatinib	Ja		
L01XX43 Vismodegib	Ja		
L01XX44 Aflibercept	Ja		

Anlage 1.1a zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Abrechnungs- positionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 01.03.2016
		L04AX06 Pomalidomid	Ja
		L01XE21 Regorafenib	Ja
		L01XE13 Afatinib	Ja
		L01XC03 Trastuzumab Emtansin	Ja
		L01XE17 Axitinib	Ja
		L01XE26 Cabozatinib	Ja
		L01XE27 Ibrutinib	Ja
		L01XE29 Lenvatinib	Nein
		L01XE31 Nintedanib	Ja
		L01XC17 Nivolumab	Nein
		L01XC15 Obinutuzumab	Ja
		L01XX46 Olaparib	Nein
		L01XC18 Pembrolizumab	Nein
		L01XC20 Ramucirumab bei Therapie des Magen-CA	Ja
		L01XX42 Panobinostat	Nein
		L01XE23 Dabrafenib nur in Kombination mit Trametinib	Nein
		L01XE25 Trametinib	Nein
99719A	Therapie von behandlungsbedürftigen HIV-Infektionen sowie Therapie von behandlungsbedürftigen Begleiterkrankungen	J05AR08 Emtricitabin+ Ralpivirin+ Tenofoviridisoproxil J05AG05 Ralpivirin J05AX12 Dolutegravir J05AR13 Dolutegravir/Abacivir/ Lamivudin	Ja Ja Ja Ja
99726A	Immunsuppressiva nach Organtransplantation	L04AA28 Belatacept	Ja

Anlage 1.1a zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Abrechnungspositionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 01.03.2016
99749A	Pulmonale arterielle Hypertonie	C02KX04 Macitentan C02KX05 Riociguat	Ja Ja
99751A	Therapie von Patienten mit Mukopolysaccharidose verschiedener Formen	A16AB12 Elosulfase alfa	Ja
99762A	Mittelschwere bis schwere Plaque Psoriasis	L04AC10 Secukinumab	Nein
99794A	Transthyretin-Amyloidose	N07XX08 Tafamidis meglumin	Ja
99795A	Systemischer Lupus erythematodes	L04AA26 Belimumab	Ja
99796A	Therapie des Morbus Cushing	H01CB05 Pasireotid	Ja
99798A	Myelofibrose Polycythaemia vera	L01XE18 Ruxolitinib	Ja
99799A	Prophylaxe venöser Thromboembolien nach elektiven TEP, Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE	B01AF02 Apixaban	Ja
99800A	Clostridium-difficile-assoziierte Diarrhoe	A07AA12 Fidaxomicin	Ja
99801A	Angeborene Störung der primären Gallensäuresynthese	A05AA03 Cholsäure	Ja
99802A	Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE	B01AF03 Edoxaban	Nein
99803A	Familiäre Lipoproteinase-defizienz mit Pankreatitisschüben	C10AX10 Alipogentiparvovec	Ja
99804A	Idiopathische Lungenfibrose	L01XE31 Nintedanib	Ja
99805A	Kurzdarmsyndrom	A16AX08 Teduglutid	Ja
99806A	Lebersche hereditäre	N06BX13 Idebenon	Nein

Anlage 1.1a zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Abrechnungs- positionen	Indikationen / Therapien	Vorschlag ATC-Code / Wirkstoffe	Erstattungsbetrag festgelegt Stand: 01.03.2016
	Optikusneuropathie		
99807A	Enzymersatztherapie bei Mangel an lysosomaler saurer Lipase	Sebelipase alfa (ATC-Code noch nicht zugewiesen)	Nein
99808A	Enzymersatztherapie bei Hypophosphatasie	Asfotase alfa (ATC-Code noch nicht zugewiesen)	Nein

Aktueller Stand der festgelegten Erstattungsbeträge siehe: www.gkv-spitzenverband.de

* für die ab 01.01.2014 zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weiteren siehe Anlage 1, Teil A, Abs. 5 und Anlage 1, Teil B zur der Prüfvereinbarung

Anlage 1.1b zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Regelung zu Praxisbesonderheiten bei Arzneimittelverordnungen mit den Wirkstoffen Ranibizumab, Aflibercept, Dexamethason und Ocricplasmin

Die indikationsgerechte¹ Verordnung der Arzneimittel mit den Wirkstoffen Ranibizumab (Lucentis®), Aflibercept (Eylea®), Dexamethason (Ozurdex®) und Ocricplasmin (Jetrea®) wird in voller Höhe im Vorwegabzug berücksichtigt.

Bei diesen gesondert geregelten Praxisbesonderheiten, die dem automatischen Vorwegabzug unterliegen, wird bei Existenz von Verträgen nach § 130c SGB V bzw. § 130a Abs. 8 SGB V, denen der Vertragsarzt nicht beigetreten ist, und nicht das rabattierte Arzneimittel abgegeben wird, für die zu Lasten der vertragsschließenden Krankenkasse getätigten Verordnungen für die gesamte Wirkstoffgruppe (ATC 4. Ebene) nicht der komplette Preis, sondern nur der sich aus der Berücksichtigung des vertraglichen Rabattes ergebende „fiktive Bruttopreis“ (Bruttopreis verordnetes Arzneimittel – 14,5 % in Analogie zu § 8 i. V. m. Anlage 1, Teil A, Absatz 12 Punkt c) abgezogen. Bei Existenz von Verträgen nach § 130c SGB V bzw. § 130a Abs. 8 SGB V, denen der Vertragsarzt nicht beigetreten ist, und ein entsprechendes Rabattarzneimittel abgegeben wurde, ist weiterhin der volle Preis des vertragsgegenständlichen Arzneimittels vorabzugsfähig.

Die Krankenkassen können die Prüfungsstelle über die Verträge informieren und die entsprechenden Daten an die Prüfungsstelle liefern. Das Nähere wird zwischen der Prüfungsstelle und der betreffenden Krankenkasse geregelt. Die Krankenkasse kann die Vertragsärzte über geschlossenen Rabattverträge nach § 130c SGB V bzw. § 130a Abs. 8 SGB V informieren.

Erfolgt keine Information der Vertragsärzte durch die Krankenkasse bzw. keine Meldung der Daten an die Prüfungsstelle so werden alle Arzneimittelverordnungen mit den Wirkstoffen Ranibizumab (Lucentis®), Aflibercept (Eylea®), Dexamethason (Ozurdex®) oder Ocricplasmin (Jetrea®) in voller Höhe im Vorwegabzug berücksichtigt.

Wurde die Behandlung (Serienbehandlung) noch vor Inkrafttreten von Rabattverträgen und deren Bekanntgabe durch die Krankenkasse begonnen, können diese zu Ende geführt werden. Die für diese begonnenen Behandlungen verwendeten nicht rabattierten Arzneimittel werden in den vollständigen Vorwegabzug einbezogen.

Diese Anlage gilt für die Prüfungen des Verordnungsjahres 2017.

Diese Regelung erfolgt ohne präjudizierende Wirkung für zukünftige Regelungen und Wirkstoffe.

1 Die Beschlüsse/Therapiehinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Fachinformationen zum Einsatz der Arzneimittel sind zu beachten.

Anlage 1.2 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Praxisbesonderheiten

Bereich Heilmittel

(von Amts wegen zu berücksichtigen, vorabzugsfähig)

Die Rahmenvorgaben gemäß § 106 b Abs. 2 SGB V lösen die bisher gemäß § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V (in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung) getroffene Vereinbarung über bundesweite Praxisbesonderheiten unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V vom 12.11.2012 ab.

Mit den Rahmenvorgaben werden die bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfe für die Verordnung von Heilmitteln gemäß § 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V festgelegt, die bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b Abs. 2 SGB V anzuerkennen sind.

Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 32 Abs. 1a SGB V in der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 2 Nr. 6 SGB V bleiben hiervon unberührt.

Die bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfe (Seite 2 dieser Anlage) sowie Festlegung des Gemeinsamen Bundesausschusses zum langfristigen Heilmittelbedarf sind erst für Verordnungszeiträume ab dem 01.01.2017 anzuwenden.

Entsprechend der 2. Änderungsvereinbarung zu den Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V werden in der Zeit vom 01.01.2017 bis zum Inkrafttreten eines entsprechenden Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses die folgenden Diagnosen zum langfristigen Heilmittelbedarf als besonderer Verordnungsbedarf anerkannt:

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
Erkrankungen des Lymphsystems						
I89.02		Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III				
I89.05		Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III Kopf, Hals, Thoraxwand, Genitalbereich	LY2			
Q82.0-		Hereditäres Lymphödem	LY2			

Mit Inkrafttreten eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die vorgenannten Diagnosen bedarf es keiner gesonderten Kündigung oder Aufhebungsvereinbarung.

Die bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfe nach Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V gelten in der jeweiligen gültigen Fassung.

Stand: 05.12.2016

Gültigkeit ab 01.01.2017

Anlage 1.2 der Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation				
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie					
Erkrankungen des Nervensystems										
B94.1		Folgezustände der Virusenzephalitis	ZN1/ZN2/SO3	EN1/EN2	SC1/ST1/SP1/SP3/SP4/SP5/RE1/RE2/SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis				
C70.0 C70.1 C70.9		Bösartige Neubildungen der Meningen Hirnhäute Rückenmarkhäute Meningen, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2/ SO1/SO3	EN1/EN2/ EN3	SC1/ST1/SP1/ SP2/SP3/SP5/ SP6/RE1/RE2/SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis				
C71.0 C71.1 C71.2 C71.3 C71.4 C71.5 C71.6 C71.7 C71.8 C71.9		Bösartige Neubildung des Gehirns Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel Frontallappen Temporallappen Parietallappen Okzipitallappen Hirnventrikel Zerebellum Hirnstamm Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend Gehirn, nicht näher bezeichnet								
C72.0 C72.1 C72.2 C72.3 C72.4 C72.5 C72.8 C72.9		Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems Rückenmark Cauda equina Nn. olfactorii [I. Hirnnerv] N. opticus [II. Hirnnerv] N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv] Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet								
G10		Chorea Huntington					ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/SP6	

Anlage 1.2 der Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
G11.0 G11.1 G11.2 G11.3 G11.4 G11.8 G11.9		Hereditäre Ataxie Angeborene nichtprogressive Ataxie Früh beginnende zerebellare Ataxie Spät beginnende zerebellare Ataxie Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem Hereditäre spastische Paraplegie Sonstige hereditäre Ataxien Hereditäre Ataxie, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1	
G20.1- G21.3 G21.4 G21.8		Primäres Parkinson-Syndrom Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr) Sekundäres Parkinson-Syndrom Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom Vaskuläres Parkinson-Syndrom Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom	ZN2	EN2	SC1/SP6	
G35.0 G35.1- G35.2- G35.3- G35.9 G36.0 G36.1 G36.8 G36.9		Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] Erstmanifestation einer multiplen Sklerose Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet Sonstige akute disseminierte Demyelinisation Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit] Akute und subakute hämorrhagische Leukoenzephalitis [Hurst] Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation Akute disseminierte Demyelinisation, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3	SC1/ST1/ SP5/SP6	
G37.0 G37.1 G37.2 G37.3 G37.4 G37.5 G37.8 G37.9		Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems Diffuse Hirnsklerose Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum Zentrale pontine Myelinolyse Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom] Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit] Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3	SC1/ST1/ SP5/SP6	

Anlage 1.2 der Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
G70.0		Myasthenia gravis	ZN1/ZN2	EN1/EN2/SB7	SC1/SP6	
G81.0 G81.1		Hemiparese und Hemiplegie Schlafte Hemiparese und Hemiplegie Spastische Hemiparese und Hemiplegie	ZN1/ZN2	EN1/EN2		
I60.0 I60.1 I60.2 I60.3 I60.4 I60.5 I60.6 I60.7 I60.8 I60.9		Subarachnoidalblutung Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend Sonstige Subarachnoidalblutung Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I61.0 I61.1 I61.2 I61.3 I61.4 I61.5 I61.6 I61.8 I61.9		Intrazerebrale Blutung Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen Sonstige intrazerebrale Blutung Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I63.0 I63.1 I63.2 I63.3 I63.4 I63.5 I63.6 I63.8 I63.9 I64		Hirnfarkt Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien Hirnfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig Sonstiger Hirnfarkt Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprach- therapie	
I69.0 I69.1 I69.2 I69.3 I69.4 I69.8		Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit Folgen einer Subarachnoidalblutung Folgen einer intrazerebralen Blutung Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung Folgen eines Hirninfarktes Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens mit Myelopathie oder Radikulopathie						
M47.0- M47.1- M47.2- M47.9- M47.9- M48.0- M50.0 M50.1 M51.0 M51.1	G99.2 G99.2 G55.2 G99.2 G55.2 G55.3 G99.2 G55.1 G99.2 G55.1	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom mit Myelopathie Sonstige Spondylose mit Myelopathie Sonstige Spondylose mit Radikulopathie Spondylose, nicht näher bezeichnet mit Myelopathie Spondylose, nicht näher bezeichnet mit Radikulopathie Spinalkanalstenose mit Radikulopathie Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	WS2/EX3/ZN2	EN3		Längstens 6 Monate nach Akutereig- nis Voraussetzung für die Anerkennung als besonde- rer Verordnungsbedarf ist die Angabe beider ICD-10- Diagnoseschlüssel
Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes						
S14.0 S14.1- S14.2 S14.3 S14.4 S14.5 S14.6		Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Halswirbelsäule Verletzung des Plexus brachialis Verletzung peripherer Nerven des Halses Verletzung zervikaler sympathischer Nerven Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven des Halses	ZN1/ZN2/AT2	EN1/EN2/EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S24.0 S24.1- S24.2 S24.3 S24.4 S24.5 S24.6		Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarkes Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des thorakalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Brustwirbelsäule Verletzung peripherer Nerven des Thorax Verletzung thorakaler sympathischer Nerven Verletzung sonstiger Nerven des Thorax Verletzung eines nicht näher bezeichneten Nervs des Thorax	ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

Anlage 1.2 der Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
S34.0 S34.1- S34.2 S34.3- S34.4 S34.5 S34.6 S34.8		Verletzung der Nerven und des lumbalen Rückenmarkes in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens Kontusion und Ödem des lumbalen Rückenmarkes [Conus medullaris] Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins Verletzung der Cauda equina Verletzung des Plexus lumbosacralis Verletzung sympathischer Nerven der Lendenwirbel-, Kreuzbein- und Beckenregion Verletzung eines oder mehrerer peripherer Nerven des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
T09.3		Verletzung des Rückenmarkes, Höhe nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2/AT2	EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
Entzündliche Polyarthropathien und Systemkrankheiten des Bindegewebes						
M05.1- M05.2- M05.3- M05.8- M05.9-		Seropositive chronische Polyarthritis Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme Sonstige seropositive chronische Polyarthritis Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet	WS2/EX2/ EX3/AT2	SB1/SB5		
M06.0-		Seronegative chronische Polyarthritis	WS2/EX2/EX3	SB1/SB5		
M06.1-		Adulte Form der Still-Krankheit	WS2/EX2/EX3	SB1/SB5		
M07.0- M07.2 M07.3- M07.4- M07.5- M07.6-		Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten Distale interphalangeale Arthritis psoriatica Spondylitis psoriatica Sonstige psoriatische Arthritiden Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] Arthritis bei Colitis ulcerosa Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten	WS2/EX2/EX3	SB1/SB5		

Anlage 1.2 der Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
M08.0- M08.3 M08.4- M08.7- M08.8- M08.9-		Juvenile Arthritis Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form Vaskulitis bei juveniler Arthritis Sonstige juvenile Arthritis Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet	WS2/EX2/EX3	SB1/SB5		
Systemkrankheiten des Bindegewebes						
M30.0 M31.3 M33.0 M33.1 M33.2		Panarteriitis nodosa Wegener Granulomatose Juvenile Dermatomyositis Sonstige Dermatomyositis Polymyositis	EX3/ZN1/ ZN2/PN	EN1/EN2/ SB5/SB7	SC1	
M34.2 M34.8 M34.9		Systemische Sklerose Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert Sonstige Formen der systemischen Sklerose Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet	WS2/EX2/ EX3/AT2	SB1/SB5		
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens						
M40.0- M40.1-		Kyphose als Haltungsstörung Sonstige sekundäre Kyphose	WS2			ab Gesamtkyphosewinkel über 60° bei Erwachsenen
M41.2- M41.5-		Sonstige idiopathische Skoliose Sonstige sekundäre Skoliose	WS2/AT2	SB1		ab 50° nach Cobb bei Erwachsenen
M42.04 M42.05		Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule (Thorakalbereich) Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule (Thorakolumbalbereich)	WS2			fixierte Kyphose ab Gesamtkyphosewinkel über 40° bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
M75.1		Schulterläsionen Läsionen der Rotatorenmanschette	EX2/EX3			
Sonstige Osteopathien						
M89.0-		Neurodystrophie [Algodystrophie]	EX2/EX3/ LY2/PN	SB2/SB6		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems						
Q66.0		Pes equinovarus congenitus (Klumpfuß)	EX4	SB3		
Q68.0		Angeborene Deformitäten des M. sternocleidomastoideus	EX4	SB7		

Anlage 1.2 der Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems in Verbindung mit einer der nachstehenden Grunddiagnosen						
Z89.-	Z98.8	Extremitätenverlust	EX2/EX3	SB3		Längstens 6 Monate nach Akutereignis Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf ist die Angabe beider ICD-10-Diagnoseschlüssel
M24.41	Z98.8	Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion	EX2/EX3	SB2		
M23.5-	Z98.8	Chronische Instabilität des Kniegelenkes	EX2/EX3/LY2	SB2		
Z96.60	Z98.8	Vorhandensein einer Schulterprothese	EX2/EX3	SB2		
Z96.64	Z98.8	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese				
Z96.65	Z98.8	Vorhandensein einer Kniegelenkprothese	EX2/EX3/LY2	SB2		
Geriatrische Syndrome						
E41		Alimentärer Marasmus			SC1	ab vollendetem 70. Lebensjahr sofern dieser durch Schluckstörungen verursacht ist
F00.1 F00.2 F01.0 F01.1 F01.2 F01.3 F01.8 F02.3 F02.8 F03		Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1) Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn Multiinfarkt-Demenz Subkortikale vaskuläre Demenz Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz Sonstige vaskuläre Demenz Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern Nicht näher bezeichnete Demenz			PS5	ab vollendetem 70. Lebensjahr
F41.0 F41.1 F41.2 F41.3 F41.8 F41.9		Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] Generalisierte Angststörung Angst und depressive Störung, gemischt Andere gemischte Angststörungen Sonstige spezifische Angststörungen Angststörung, nicht näher bezeichnet			PS2	ab vollendetem 70. Lebensjahr
F45.40 F45.41		Anhaltende somatoforme Schmerzstörung Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	CS		PS2	ab vollendetem 70. Lebensjahr
G54.6		Phantomschmerz	CS		PS2	ab vollendetem 70. Lebensjahr

Anlage 1.2 der Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
H81.-		Störungen der Vestibularfunktion	WS2/EX2/SO3			ab vollendetem 70. Lebensjahr
H82		Schwindelsyndrome bei andernorts klassifizierten Krankheiten				
N39.3 N39.4-		Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz] Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz	SO2			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R13.-		Dysphagie			SC1	ab vollendetem 70. Lebensjahr
R15		Stuhlinkontinenz	SO2			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R26.0 R26.1 R26.2 R29.6		Ataktischer Gang Paretischer Gang Gehbeschwerden andernorts nicht klassifiziert Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	WS2/EX2/SO3			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R32		Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	SO2			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R42		Schwindel und Taumel	WS2/EX2/SO3			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R52.1 R52.2		Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz Sonstiger chronischer Schmerz	CS	PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr
R64		Kachexie			SC1	ab vollendetem 70. Lebensjahr
M80.0- M80.2- M80.3- M80.5- M80.8-		Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur	WS1/WS2/ EX1/EX2/EX3			ab vollendetem 70. Lebensjahr Längstens 6 Monate nach Akutereignis
Chronische Atemwegskrankheit mit Ursprung in der Perinatalperiode						
P27.1 P27.8		Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode Sonstige chronische Atemwegserkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode	AT2			
Psychische und Verhaltensstörungen						
F00.0		Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (Typ 2)			PS5	
Entwicklungsstörungen bei Kindern						
F80.1 F80.2-		Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache Expressive Sprachstörung Rezeptive Sprachstörung			SP1/SP2	bis zum vollendeten 12. Lebensjahr

Anlage 1.2 der Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprach- therapie	
F83		Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	ZN1	EN1	SP1/SP2/SP3/ SP6/RE2	bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Anlage 1.2a zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Praxisbesonderheiten

Bereich Heilmittel
Maßnahmen der podologischen Therapie
(von Amts wegen zu berücksichtigen, vorabzugsfähig)

Abrechnungsposition	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel Podologie*	Hinweis/Spezifikation
99861 A	Diabetes mellitus Heilmitteltherapie bei diabetischem Fußsyndrom mit Neuropathie und/oder Angiopathie im Stadium Wagner 0, ausschließlich nach Indikationsstellung der Heilmittel-Richtlinie	DF	

* Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel muss immer inklusive Leitsymptomatik (a-c) angegeben werden

Anlage 2 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Zufälligkeitsprüfung

- (1) Die Stichprobe umfasst unabhängig von der Fachgruppe 2 v. H. der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.
- (2) Der einer Zufälligkeitsprüfung zugrunde liegende Zeitraum beträgt ein Jahr vor der Stichprobenziehung.
- (3) Die Vertragspartner verständigen sich spätestens 4 Wochen nach Ende des Prüfzeitraums darauf, welche Stichprobengruppen in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen werden. Soweit für ein Quartal mehrere Stichprobengruppen gebildet werden, benennen sie außerdem für jede Gruppe die Quote, zu der diese Gruppe einbezogen wird. Die Entscheidung wird der die Ziehung ausführenden Stelle zur Kenntnis gegeben. Findet keine Verständigung zwischen den Vertragspartnern nach Satz 1 statt bzw. kann keine Einigung erzielt werden, wird die Stichprobe über alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gezogen.
- (4) Die KVT ermittelt die Stichprobe per EDV-gestütztem Zufallsgenerator. Über die Ziehung ist ein Protokoll anzufertigen, das den Vertragspartnern und der Prüfungsstelle übermittelt wird.
- (5) Die Prüfungsstelle übermittelt im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Verbänden der Krankenkassen die in die Zufälligkeitsprüfung einzubeziehenden Ärzte innerhalb einer Woche.
- (6) In die Zufälligkeitsprüfung werden keine Ärzte einbezogen,
 - die innerhalb der letzten 4 Quartale mit gleichem Prüfinhalt in eine Stichprobe einbezogen waren,
 - die erst weniger als vier Quartalsabrechnungen vorgelegt haben (bei Arztnummernwechsel sind die Daten zusammenzuführen), soweit dabei die Fachgruppe unverändert bleibt,
 - die in dem Prüfzeitraum weniger als 200 Behandlungsfälle abgerechnet haben.
- (7) Die Krankenkassen und die KVT übermitteln auf Abforderung der Prüfungsstelle für die ausgewählten Ärzte die Datensätze auf maschinell verwertbaren Datenträgern spätestens am 15. des siebten Monats nach Ende des zu prüfenden Zeitraumes.
- (8) Die Prüfungsstelle wählt vor der Prüfung aus den in § 6 Abs. 2 der Richtlinie über die Zufälligkeitsprüfung aufgeführten Prüfungsgegenständen, mit Ausnahme der ärztlichen Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln sowie Krankenhauseinweisungen, diejenigen aus, die für die Prüfung des Prüfungszeitraums und der Stichprobe zu verwenden sind, soweit die Vertragspartner keine Prüfungsgegenstände vereinbart haben. Beim Prüfgegenstand der sonstigen veranlassten Leistungen muss es sich um veranlasste ärztliche Leistungen handeln.
- (9) Als Prüfkriterien dienen insbesondere die in der Anlage 2 der Richtlinie nach § 106a Abs. 3 SGB V aufgeführten Kriterien mit Ausnahme des Absatzes 1d sowie Absatz 1f in Abhängigkeit ihrer Verfügbarkeit. Weitere Kriterien können von den Vertragspartnern vereinbart werden.

- (10) Stellt die Prüfungsstelle bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung fest, dass eine Unwirtschaftlichkeit nicht gegeben ist oder das weitere über Absatz 6 bzw. § 4 hinausgehende Ausschlussstatbestände zur Durchführung einer Zufälligkeitsprüfung vorliegen, wird die Prüfung eingestellt. Über die Einstellung der Prüfung sind die Vertragspartner zu informieren. Die Prüfungsstelle informiert die Ärzte hinsichtlich der konkreten Auffälligkeit innerhalb des Prüfgegenstandes und der Prüfmethode mit der Bitte um Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens 8 Wochen.

Die versichertenbezogene Stichprobe in Bezug auf die in die Stichprobe einbezogenen Ärzte/Psychotherapeuten sowie die ärztlich geleiteten Einrichtungen bestimmt die Prüfungsstelle unter Verwendung der von der KVT und den Krankenkassen gelieferten Daten.

Es sollen jeweils 20 % der Fälle, aber mindestens 100 und höchstens 500 Fälle einbezogen werden.

- (11) Sofern die Prüfungseinrichtungen eine Hochrechnung durchführen, ist die Festsetzung eines durch diese Hochrechnung ermittelten unwirtschaftlichen Mehraufwandes bei einzelnen Leistungen/Verordnungen nur zulässig, wenn diese ein stetig wiederkehrendes Verhalten des geprüften Arztes widerspiegeln. Das ist in der Regel der Fall, wenn in mindestens 20 % der geprüften Fälle eine unwirtschaftliche Leistungserbringung festgestellt wurde.
- (12) Die Vertragspartner machen gemeinsam von der in § 6 Abs. 4 der Richtlinie eröffneten Möglichkeit Gebrauch im Benehmen mit der Prüfungsstelle im Rahmen der Prüfungsvorbereitung Anregungen zu Prüfzielen oder Prüfungsempfehlungen anzugeben. Das Nähere ist Inhalt einer gesonderten Vereinbarung/Protokollnotiz.
- (13) Geben die Ergebnisse der Zufälligkeitsprüfung Anhaltspunkte, eine Prüfung nach § 106d SGB V zu veranlassen, übermittelt die Prüfungsstelle entsprechende Erkenntnisse und Unterlagen an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und/oder die zuständigen Krankenkassen. Die Krankenkassen und/oder die Kassenärztliche Vereinigung können aufgrund der Information der Prüfungsstelle bei entsprechenden Verdachtsmomenten Anträge nach § 106d SGB V bei der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. bei den Krankenkassen stellen.

Anlage 3 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Prüfung in einzelnen und besonderen Fällen

- (1) Verordnungen, die durch die Krankenkassen genehmigt wurden, sind nur insoweit in die Prüfung einzubeziehen, als begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsverhaltens im jeweiligen Ordnungsbereich insgesamt vorgebracht werden.
- (2) Zur Gewährleistung einer sachgerechten Entscheidung sind Prüfanträge auf Durchführung einer Prüfung zu begründen und mit dem entsprechenden notwendigen Nachweis (Originalbelege oder Images, Behandlungsschein) zu versehen.
- (3) Anträge nach § 10 sollen innerhalb von 24 Monaten nach Ablauf des Leistungsquartals bei der Prüfungsstelle eingegangen sein. Die Begründung kann nachgereicht werden.

Anlage 4 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Sonstiger Schaden

- (1) Die Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens sollen innerhalb eines Jahres seit Kenntnis der Tatsachen, welche den Schadenersatzanspruch begründen, gestellt werden. Die Antragsbegründung kann nachgereicht werden.
- (2) Die Prüfungsstelle entscheidet, ob und in welcher Höhe der Krankenkasse ein Schaden entstanden ist. Lässt sich die Höhe nicht eindeutig feststellen, bestimmt sie den Schadensumfang nach gewissenhafter Schätzung.

Anlage 5 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Daten und Statistiken

Nicht besetzt

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Teil A)

Im Verordnungsjahr 2017 wird als Vereinbarung gemäß §106b Abs. 1 SGB V eine statistische Auffälligkeitsprüfung jeweils für Arzneimittel und Heilmittel nach Richtgrößen durchgeführt. Die Vorgaben aus der jeweiligen Richtgrößenvereinbarung sowie die der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V sind zu beachten.

- (1) Die statistischen Auffälligkeitsprüfungen sind für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen. Sie sollen für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden.
- (2) Die Prüfungsstelle bestimmt diejenigen Ärzte, die ihr Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. überschritten haben und führt zunächst im Rahmen der Vorabprüfung eine Prüfung der Einhaltung der Zielwerte gemäß der jeweils gültigen Zielvereinbarung durch. Bei Einhaltung eines Zielwertes gemäß der jeweils gültigen Zielvereinbarung durch den Vertragsarzt wird vor Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens das gesamte Verordnungsvolumen der entsprechenden Indikationsgruppe/Arzneimittelgruppe bzw. Leistungsarten/Heilmittelgruppe vom Verordnungsvolumen des Vertragsarztes (Ist) abgezogen.

Dieser Abzug wird nicht vorgenommen, wenn seitens der Prüfungsstelle begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen trotz Einhaltung des Zielwertes bestehen (z. B. bei unwirtschaftlicher Mengenausweitung lediglich zum Zwecke der Zielerreichung; unwirtschaftliche Ausweitung des Originalpräparateanteils).

Im Fall des Abzugs aufgrund der Zielerreichung erfolgt keine weitere Berücksichtigung der Kosten dieses Arznei- oder Heilmittels als Praxisbesonderheit.

Inhalt der Vorabprüfung ist die Anerkennung folgender Praxisbesonderheiten:

- Anlage 1.1 der Prüfvereinbarung
- Anlage 1.1 b der Prüfvereinbarung
- Anlage 1.2 (Vereinbarung bundesweiter besonderer Verordnungsbedarfe für Heilmittel nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V) der Prüfvereinbarung
- Anlage 1.2 a (landesspezifische Praxisbesonderheiten für Heilmittel) der Prüfvereinbarung

Eine darüber hinausgehende Berücksichtigung kann im Prüfverfahren beantragt werden. Außerdem können anerkannte Praxisbesonderheiten aus den unmittelbar vorangegangenen Prüfzeiträumen von der Prüfungsstelle berücksichtigt werden.

Übersteigt das Verordnungsvolumen eines Vertragsarztes im Prüfungszeitraum das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. und geht die Prüfungsstelle nicht davon aus, dass diese Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung), berät die Prüfungsstelle den Vertragsarzt über Fragen zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung, insbesondere zur Einhaltung der Zielquoten. Die Beratung soll innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung erfolgen. Grundlage der Beratungen sind Übersichten über die vom Vertragsarzt im Prüfzeitraum verordneten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können hinzugezogen werden.

- (3) Vor der Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens (Soll) sollen die Auswirkungen von Verträgen nach § 73b oder § 140a SGB V in der Richtgrößenprüfung berücksichtigt werden.

- (4) Verordnungen von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.
Derartige Kosten werden entweder durch die Krankenkassen der Prüfungsstelle gemeldet oder die Verordnungskosten um diese Kosten beim jeweiligen Arzt vor Lieferung der Daten an die Prüfungsstelle durch die Krankenkassen bereinigt.
- (5) In Umsetzung der Rahmenvorgaben Arzneimittel vom 30.09.2016 sind die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere) in dem Verordnungsjahr 2017 nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere) sind daher von den Gesamtkosten (IST) vor der Feststellung der Überschreitung des fachgruppenbezogenen Richtgrößenvolumens in Abzug zu bringen.
- (6) Soweit Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel bei der Berechnung der Richtgrößen für den Prüfzeitraum in der Richtgrößenvereinbarung ausgeschlossen wurden, sind deren Kosten vor der Feststellung des Überschreitungsvolumens beim einzelnen Vertragsarzt in Abzug zu bringen.
- (7) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist auch die Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V zu prüfen. Soweit dabei Nutzen und Kosten von Arzneimitteln (§ 35b Abs. 1 SGB V) geprüft werden, sind die verschlüsselten Diagnosen behandlungsfallbezogen hinzuzuziehen.
- (8) Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, erkennt die Prüfungsstelle entsprechend § 130b Abs. 2 SGB V als Praxisbesonderheit an, wenn der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten hat. Diese Anforderungen sind in den Anlagen der Verträge nach § 130b Abs. 1 SGB V aufgeführt. Die Anforderungen sind in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V zu hinterlegen. Für den Fall, dass die Anforderungen nicht in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V hinterlegt werden können, informiert die KVT die Ärzte über die Anforderungen.
- (9) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit innerhalb der Praxisbesonderheiten die Anlehnung an die Kostenstruktur der Vergleichsgruppe zulässig, soweit andere vergleichende Methoden nicht zur Verfügung stehen oder bekannt sind.
- (10) Die durch den Vertragsarzt geltend gemachten Praxisbesonderheiten sind zu begründen. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten kann nur durch die Prüfungseinrichtungen erfolgen. Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche für die Vergleichsgruppe nach der aktuellen Richtgrößenvereinbarung von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungskosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert. Zusätzlich kann auch eine von der Vergleichsgruppe abweichende Altersstruktur der Versicherten bewertet und die Auswirkungen auf das Verordnungsvolumen bei Arznei- und Verbandmitteln bzw. Heilmitteln bestimmt werden.
Die Prüfung und Anerkennung der nachgewiesenen Mehrkosten für Verordnungen im Rahmen der DMP, die dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes entstanden sind, erfolgt durch die Prüfeinrichtungen. Diese sind als Praxisbesonderheiten zu werten.

Mehrkosten bei zulässiger Mitversorgung (im Rahmen des Fachgebietes) aus anderen Fachgebieten aus Sicherstellungsbedarf können ebenfalls berücksichtigt werden. Weitere Praxisbesonderheiten können Wirkstoffe der Anlage 1.1a (Nutzenbewertete Arzneimittel) der Prüfvereinbarung sein.

Die Quantifizierung aller durch die Prüfungseinrichtungen anerkannten Praxisbesonderheiten ist in der Regel auf die Höhe der dadurch gegenüber der Vergleichsgruppe bedingten Mehrkosten je Fall begrenzt. Abweichend davon sind insbesondere

- die für die Heilmittel der Anlage 1.2 definierten Praxisbesonderheiten vollständig,
- die Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 S. 1, Abs. 2 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, entsprechend der jeweiligen Vereinbarung zu berücksichtigen.

Die Vertragspartner kommen überein, die Anlagen 1.1, 1.1a und 1.2a jährlich zu aktualisieren.

- (11) Soweit erstmalig im Ergebnis der Richtgrößenprüfung unbegründeter Mehraufwand größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) festgestellt wurde, wird über das Verfahren ein Bescheid erstellt, der eine individuelle Beratung für die betroffene Praxis nach § 106b Abs. 2 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V festsetzt. Dies gilt für Arzneimittel und Heilmittel gesondert. Ein Erstattungsbetrag wird nicht festgesetzt. Die Feststellung unbegründeten Mehraufwandes nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten größer 25 v. H. in der Richtgrößenprüfung erfolgt durch die Prüfungsgremien.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt vor, wenn bisher:

- weder eine individuelle Beratung des Arztes nach § 106b Abs. 2 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,
- noch eine „Nachforderung“ (Erstattung des Mehraufwandes im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) oder Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt auch vor, wenn eine individuelle Beratung nach Absatz 11 Satz 1 oder § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung), oder ein „Nachforderung“ nach § 106 SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) länger als 5 Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurückliegen.

Die individuelle Beratung als Maßnahmen nach § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V gilt als nicht erfolgt, wenn der Bescheid, mit dem die Beratung festgesetzt wurde, rechtskräftig aufgehoben wurde.

Die individuelle Beratung kann frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides erfolgen. Sie soll spätestens 6 Monate nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides durchgeführt worden sein.

Die Durchführung und die Inhalte der individuellen Beratung sind zu dokumentieren.

Die individuelle Beratung erfolgt schriftlich durch die Prüfungsstelle mit dem zusätzlichen Angebot einer ergänzenden mündlichen Beratung innerhalb von 3 Monaten nach Zugang der schriftlichen Beratung der Prüfungsstelle. Die schriftliche individuelle Beratung gilt mit Zustellung des Dokumentes zur schriftlichen Beratung als erfolgt. Für die Feststellung des Prüfzeitraumes nach einer Beratung ist der Zeitpunkt der Zustellung der schriftlichen Beratung maßgeblich.

Die individuelle Beratung hat fachlich qualifiziert zu erfolgen. Das Nähere regeln die Vertragspartner.

Im Rahmen der individuellen Beratung können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten oder bei Heilmitteln von Praxisbesonderheiten sowie besonderen Verordnungsbedarfen beantragen.

Die Inhalte und der Hergang der mündlichen Beratung sind zu protokollieren. Im Protokoll werden mindestens folgende Sachverhalte festgehalten:

- Benennung der vom Arzt zusätzlich beantragten Praxisbesonderheiten oder bei Heilmitteln zusätzlich von besonderen Verordnungsbedarfen
- Benennung der Einsparmöglichkeiten (Wirtschaftlichkeitsreserven) auf Basis der getroffenen Entscheidung
- Aufnahme und Bewertung der vom Arzt abgegebenen Erwiderungen/Begründungen zu den benannten Einsparmöglichkeiten
- Auseinandersetzung zum Erfüllungsstand der vereinbarten Zielquoten.

Das Protokoll ist dem betroffenen Arzt, der KVT und den Verbänden der Krankenkassen innerhalb eines Monats zur Verfügung zu stellen. In Folgeverfahren sind von der Prüfungsstelle bzw. vom Beschwerdeausschuss das Protokoll und ggf. die Dokumentation in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Die Prüfungsstelle prüft, ob der Prüfbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen wird, wenn der Arzt und der die Beratung Durchführende im Rahmen der Beratung übereinstimmend zu der Einschätzung gelangen, dass eine Festsetzung der Beratung nicht hätte erfolgen dürfen.

Eine weitere Maßnahme im Rahmen einer statistischen Prüfung kann erstmals für den Prüfzeitraum nach einer erfolgten individuellen Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt oder die Beratungstermine nicht wahrgenommen hat.

Zusätzlich kann der Arzt zu Fortbildungen bzw. Schulungen verpflichtet werden.

Die Prüfungsstelle hat den Vertragsarzt im Rahmen der Aufforderung zur Stellungnahme darüber in Kenntnis zu setzen, welche Praxisbesonderheiten im Rahmen der Vorabprüfung berücksichtigt wurden. Weiterhin hat die Prüfungsstelle den Vertragsarzt im Rahmen der Aufforderung zur Stellungnahme auch darüber in Kenntnis zu setzen, aus welchen Gründen der Abzug bei der Prüfung der Einhaltung der Zielwerte nicht vorgenommen wurde.

Die Prüfungsgremien können bei Feststellung unbegründeten Mehraufwandes größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) Nachforderungen, erstmals für den Prüfzeitraum nach einer erfolgten individuellen Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festsetzen. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat oder die Beratungstermine nicht wahrgenommen hat. Die Festsetzung eines Nachforderungsbetrages unter Beachtung des § 5 Abs. 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V kann bei Feststellung unbegründeten Mehraufwandes größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) erfolgen.

Für die erstmalige Nachforderung der Mehrkosten setzen die Prüfungseinrichtungen einen Betrag von nicht mehr als 12.500 Euro fest. Vor der Festsetzung haben die Prüfungseinrichtungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinzuwirken, die eine Minderung der Nachforderung um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann.

- (12) Bei der Festsetzung einer Nachforderung ist die arztindividuelle Netto/Brutto-Quote zugrunde zu legen.

Zur Festlegung des den Krankenkassen zu erstattenden Nachforderungsbetrages (Netto) sind Zuzahlungen und Rabatte stufenweise vom festgestellten Mehraufwand abzuziehen. Dieses erfolgt durch die Absetzung der von den Krankenkassen übermittelten Beträge für Zuzahlungen und gesetzliche Rabatte. Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V aufgrund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, werden wie folgt berücksichtigt:

- a) Die Krankenkassen liefern die um Rabatte aus Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V bereinigten Nettowerte oder
 - b) die Krankenkassen melden jeweils separat an die Prüfungsstelle die PZN der rabattierten Arzneimittel sowie den Rabattprozentsatz bzw. die ersparten Aufwendungen aus Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V oder
 - c) Abzug von pauschal 14,5 % auf die entsprechenden rabattierten Arzneimittel (Pharmazentralnummern/ATC) aus Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V, soweit derartige Verträge für die Krankenkasse existieren und keine Berücksichtigung nach Punkt a oder b erfolgt ist, oder
 - d) Abzug von 6 % des Gesamtverordnungsvolumens des Arztes bei der jeweiligen Krankenkasse, die keine Meldung zu Rabattverträgen erstattet.
- (13) Die Festsetzung einer Nachforderung muss innerhalb von 2 Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraumes erfolgen.
- (14) Ärzte, welche sich erstmals seit 2 Jahren vor dem Prüfzeitraum niedergelassen haben bzw. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden im Verordnungszeitraum 2017, wenn sie in die Prüfung einbezogen wurden, durch die Vertragspartner insbesondere zu Wirtschaftlichkeitszielen im Rahmen einer Niederlassungsberatung informiert. Sie erhalten in den ersten beiden Prüfzeiträumen nach Niederlassung keine Nachforderungen im Falle von festgestellten Unwirtschaftlichkeiten. Hierzu erfolgen zunächst Beratungen durch die Vertragspartner. Diese gelten nicht als Beratung im Sinne des Absatzes 11.

Anlage 1.1

Anlage 1.1a

Anlage 1.1b

Anlage 1.2

Anlage 1.2a

Teil B)

Für Verordnungen ab dem 01.01.2018 werden Zielquotenprüfungen durchgeführt. Die Vertragspartner streben Folgendes an:

- (1) Die Ziele im Arzneimittelbereich werden im Rahmen der Vereinbarungen nach § 84 SGB V jährlich festgelegt. Die Ziele sollen in der Regel mindestens 50 % der DDD oder 50 % der Kosten der entsprechenden Prüfgruppen der KV Thüringen umfassen. Der Zielwert wird in einem prozentualen Anteil auf Basis von DDD von Zielsubstanzen (ZS) zu Nichtzielsubstanzen (NZS) zuzüglich Zielsubstanzen festgelegt.

$$\text{Zielwert Ziel A} = \frac{\text{DDD ZS Ziel A} \times 100\%}{(\text{DDD ZS Ziel A} + \text{DDD NZS Ziel A})}$$

- (2) Die Ziele im Heilmittelbereich werden im Rahmen der Vereinbarungen nach § 84 SGB V jährlich festgelegt. Der Zielwert wird in einem prozentualen Anteil auf Basis von Behandlungseinheiten von Zielheilmitteln (ZHM) zu Nichtzielheilmitteln (NZH) zuzüglich Zielheilmitteln festgelegt.

$$\text{Zielwert Ziel H} = \frac{\text{Behandlungseinheiten ZHM Ziel H} \times 100\%}{(\text{Behandlungseinheiten ZHM Ziel H} + \text{Behandlungseinheiten NZH Ziel H})}$$

- (3) Der Zielwert (außer bei Rabattquoten nach Punkt 7) je Ziel liegt bis auf weiteres beim Median des Vorvorjahres/Vorvorhalbjahres¹ der Prüfgruppe. Dieser Zielwert² gilt auch bei Ärzten aus Prüfgruppen, die die vom Zielwert umfassten Arzneimittel/Heilmittel nur gelegentlich verordnen, aber die Verordnungsmengen nach Punkt 16 überschreiten. Die Festlegung der Prüfgruppen obliegt den Vertragspartnern. Die KV Thüringen stellt den Krankenkassen und der Prüfungsstelle eine aktuelle Übersicht Prüfgruppe und dazugehörige LANR zur Verfügung.

¹ Für die Zielwerte des Jahres 2017 werden die Daten aus 2015 (ggf. 1. Halbjahr 2015) zu Grunde gelegt.

² Gemeinsamer KVT-Referenzwert (Medianwert über alle VO) für Prüfgruppen mit statistisch nicht auswertbaren Zielen

- (4) Sofern sich Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Verordnung aufgrund einer Mengenausweitung zum Zwecke der Zielwerterreichung bestätigen, bleiben diese unwirtschaftlichen Verordnungen (in DDD bzw. Behandlungsanteilen je Behandlungsfall) bei der Ist-Quotenfeststellung unberücksichtigt.
- (5) Arzneimittel, für welche die Krankenkasse einen Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V/130c SGB V geschlossen hat, und die zu den Nichtzielsubstanzen gehören, werden bei der Feststellung der Quotenerreichung mit einem DDD Abschlag von 0,x³auf jede zu wertende DDD zu Gunsten des Arztes berücksichtigt. 1 DDD wird somit mit 0,y³ DDD in den betreffenden Zielen gewertet. Die ermittelte Prüfungsgrenze nach Absatz 8 bleibt hiervon unberührt.

$$\text{Zielerfüllung Ziel A} = \frac{\text{DDD ZS Ziel A} \times 100\%}{(\text{DDD ZS Ziel A} + \text{DDD NZS nichtrabattiert Ziel A} \times 1 + \text{DDD NZS rabattiert Ziel A} \times 0, y)}$$

- (6) Die Vertragspartner können sich auf Rabattquoten als Wirtschaftlichkeitsziele verständigen. Die Vertragspartner können bestimmen, dass die Erfüllung dieser Rabattquoten zur Befreiung oder Teilbefreiung von der Zielquotenprüfung führen.
- (7) Die Prüfungsstelle stellt den Grad der Zielerreichung jährlich je Arzt und Ziel fest. Erreicht der Arzt seine Ziele wird er nicht nach Zielquoten geprüft. Für Ärzte, die die Ziele nicht erreichen, wird eine Zielquotenprüfung durchgeführt. Über eine Wichtung bzw. Saldierung der Ziele in Abhängigkeit von den betroffenen DDD und Kosten verständigen sich die Vertragspartner.
- (8) Für die Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die von den Vertragspartnern zu definierende Prüfungsgrenze maßgeblich. Die Prüfungsgrenze in jedem Ziel wird durch die Prüfungsstelle berechnet. Sie ermittelt sich jeweils aus denjenigen 15 % Unterschreitern der Prüfgruppe, die am weitesten vom jeweiligen Zielwert entfernt sind.
- (9) Maximal 5 % der Ärzte einer Prüfgruppe werden geprüft. Die Prüfungsstelle trifft die Auswahl unter Berücksichtigung der von den Vertragspartnern vorgegebenen Kriterien (z. B. Patientenstruktur und tatsächliche Relevanz einer Quotenverfehlung) einschließlich der Punkte 7 und 8.
- (10) Nach Feststellung der Unwirtschaftlichkeit erfolgt die Berücksichtigung der bundesweiten Praxisbesonderheiten (s. § 7 Prüfvereinbarung) bzw. besonderer Ordnungsbedarfe. Weitere Praxisbesonderheiten können im Prüfverfahren vom Arzt individuell beantragt werden. Über den genauen Ablauf der Zielquotenprüfung verständigen sich die Vertragspartner.
- (11) Bei erstmaliger Auffälligkeit eines Arztes erfolgt eine individuelle Beratung ggf. in Verbindung mit einer Fortbildungsverpflichtung. Es gelten die Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V.
- (12) Wird dem Arzt innerhalb von 5 Jahren nach dem geprüften Ordnungszeitraum erneut im Prüfverfahren Unwirtschaftlichkeit nachgewiesen, zahlt der Arzt eine pauschalierte Nachforderung. Die pauschalierte Nachforderung ist abhängig vom Ordnungsvolumen und dem Grad der Zielverfehlung. Über das Nähere verständigen sich die Vertragspartner.
- (13) Bezüglich der Ärzte, welche sich erstmals niederlassen bzw. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden in den ersten beiden Prüfzeiträumen durch die Ver-

³ Wert in Überprüfung

tragspartner geeignete Steuerungsmaßnahmen (wie z. B. Niederlassungsberatung insbesondere zu Wirtschaftlichkeitszielen) festgelegt. Sie erhalten in den ersten beiden Prüfzeiträumen der Niederlassung keine pauschalierten Nachforderungen im Falle von festgestellten Unwirtschaftlichkeiten im Rahmen dieser Anlage. Hierzu erfolgen zunächst Beratungen durch die Vertragspartner. Diese gelten nicht als Beratung im Sinne des Absatzes 11.

- (14) Arzneimittel und Heilmittel, welche bei Ärzten mit Zielwerten nicht von diesen umfasst sind, können nach anderen Prüfungsarten, mit Ausnahme von Zufälligkeitsprüfungen, dieser Prüfvereinbarung geprüft werden.
- (15) Bei Ärzten ohne Ziele oder mit weniger als 5.000 DDD (Medikationskatalog) und weniger als 2.000 DDD (Ziele ohne Medikationskatalog summiert) Jahresverordnungsmengen bzw. weniger als 200 Heilmittel-Behandlungseinheiten pro Jahr in den Zielfeldern können Verordnungsfallwertprüfungen durchgeführt werden. Es gelten die Anlagen der Praxisbesonderheiten 1.1, 1.1a, 1.2, 1.2a. Die Praxisbesonderheiten umfassen keine Wirkstoffe, für die Ziele bestimmt sind. Das Nähere regeln die Vertragspartner.
- (16) Ärzte mit Gesamtverordnungsmengen pro Jahr von weniger als 5.000 DDD und Heilmittelbehandlungen von weniger als 200 Behandlungseinheiten werden nicht nach dieser Anlage geprüft.
- (17) Die Vertragspartner unterstützen die Beratungen mit flankierenden Maßnahmen.
- (18) Die Vertragspartner arbeiten innerhalb der Prüfzeiträume gemeinsam an der Bewertung und weiteren Anpassung der Ziele und Zielwertbereiche für künftige Prüfzeiträume.
- (19) Als Arzt im Sinne dieser Anlage gelten bei Arztpraxen bzw. Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ mit mehreren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten alle Ärzte der gleichen Prüfgruppe als gemeinsame Prüfeinheit.

Anlage 1.1

Anlage 1.1a

Anlage 1.2

Anlage 1.2a

Anlage 2 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Zufälligkeitsprüfung

- (1) Die Stichprobe umfasst unabhängig von der Fachgruppe 2 v. H. der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.
- (2) Der einer Zufälligkeitsprüfung zugrunde liegende Zeitraum beträgt ein Jahr vor der Stichprobenziehung.
- (3) Die Vertragspartner verständigen sich spätestens 4 Wochen nach Ende des Prüfzeitraums darauf, welche Stichprobengruppen in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen werden. Soweit für ein Quartal mehrere Stichprobengruppen gebildet werden, benennen sie außerdem für jede Gruppe die Quote, zu der diese Gruppe einbezogen wird. Die Entscheidung wird der die Ziehung ausführenden Stelle zur Kenntnis gegeben. Findet keine Verständigung zwischen den Vertragspartnern nach Satz 1 statt bzw. kann keine Einigung erzielt werden, wird die Stichprobe über alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gezogen.
- (4) Die KVT ermittelt die Stichprobe per EDV-gestütztem Zufallsgenerator. Über die Ziehung ist ein Protokoll anzufertigen, das den Vertragspartnern und der Prüfungsstelle übermittelt wird.
- (5) Die Prüfungsstelle übermittelt im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Verbänden der Krankenkassen die in die Zufälligkeitsprüfung einzubeziehenden Ärzte innerhalb einer Woche.
- (6) In die Zufälligkeitsprüfung werden keine Ärzte einbezogen,
 - die innerhalb der letzten 4 Quartale mit gleichem Prüfinhalt in eine Stichprobe einbezogen waren,
 - die erst weniger als vier Quartalsabrechnungen vorgelegt haben (bei Arztnummernwechsel sind die Daten zusammenzuführen), soweit dabei die Fachgruppe unverändert bleibt,
 - die in dem Prüfzeitraum weniger als 200 Behandlungsfälle abgerechnet haben.
- (7) Die Krankenkassen und die KVT übermitteln auf Abforderung der Prüfungsstelle für die ausgewählten Ärzte die Datensätze auf maschinell verwertbaren Datenträgern spätestens am 15. des siebten Monats nach Ende des zu prüfenden Zeitraumes.
- (8) Die Prüfungsstelle wählt vor der Prüfung aus den in § 6 Abs. 2 der Richtlinie über die Zufälligkeitsprüfung aufgeführten Prüfungsgegenständen, mit Ausnahme der ärztlichen Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln sowie Krankenhauseinweisungen, diejenigen aus, die für die Prüfung des Prüfungszeitraums und der Stichprobe zu verwenden sind, soweit die Vertragspartner keine Prüfungsgegenstände vereinbart haben. Beim Prüfgegenstand der sonstigen veranlassten Leistungen muss es sich um veranlasste ärztliche Leistungen handeln.
- (9) Als Prüfkriterien dienen insbesondere die in der Anlage 2 der Richtlinie nach § 106a Abs. 3 SGB V aufgeführten Kriterien mit Ausnahme des Absatzes 1d sowie Absatz 1f in Abhängigkeit ihrer Verfügbarkeit. Weitere Kriterien können von den Vertragspartnern vereinbart werden.

- (10) Stellt die Prüfungsstelle bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung fest, dass eine Unwirtschaftlichkeit nicht gegeben ist oder das weitere über Absatz 6 bzw. § 4 hinausgehende Ausschlussstatbestände zur Durchführung einer Zufälligkeitsprüfung vorliegen, wird die Prüfung eingestellt. Über die Einstellung der Prüfung sind die Vertragspartner zu informieren. Die Prüfungsstelle informiert die Ärzte hinsichtlich der konkreten Auffälligkeit innerhalb des Prüfgegenstandes und der Prüfmethode mit der Bitte um Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens 8 Wochen.

Die versichertenbezogene Stichprobe in Bezug auf die in die Stichprobe einbezogenen Ärzte/Psychotherapeuten sowie die ärztlich geleiteten Einrichtungen bestimmt die Prüfungsstelle unter Verwendung der von der KVT und den Krankenkassen gelieferten Daten.

Es sollen jeweils 20 % der Fälle, aber mindestens 100 und höchstens 500 Fälle einbezogen werden.

- (11) Sofern die Prüfungseinrichtungen eine Hochrechnung durchführen, ist die Festsetzung eines durch diese Hochrechnung ermittelten unwirtschaftlichen Mehraufwandes bei einzelnen Leistungen/Verordnungen nur zulässig, wenn diese ein stetig wiederkehrendes Verhalten des geprüften Arztes widerspiegeln. Das ist in der Regel der Fall, wenn in mindestens 20 % der geprüften Fälle eine unwirtschaftliche Leistungserbringung festgestellt wurde.
- (12) Die Vertragspartner machen gemeinsam von der in § 6 Abs. 4 der Richtlinie eröffneten Möglichkeit Gebrauch im Benehmen mit der Prüfungsstelle im Rahmen der Prüfungsvorbereitung Anregungen zu Prüfzielen oder Prüfungsempfehlungen anzugeben. Das Nähere ist Inhalt einer gesonderten Vereinbarung/Protokollnotiz.
- (13) Geben die Ergebnisse der Zufälligkeitsprüfung Anhaltspunkte, eine Prüfung nach § 106d SGB V zu veranlassen, übermittelt die Prüfungsstelle entsprechende Erkenntnisse und Unterlagen an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und/oder die zuständigen Krankenkassen. Die Krankenkassen und/oder die Kassenärztliche Vereinigung können aufgrund der Information der Prüfungsstelle bei entsprechenden Verdachtsmomenten Anträge nach § 106d SGB V bei der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. bei den Krankenkassen stellen.

Anlage 3 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Prüfung in einzelnen und besonderen Fällen

- (1) Verordnungen, die durch die Krankenkassen genehmigt wurden, sind nur insoweit in die Prüfung einzubeziehen, als begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsverhaltens im jeweiligen Ordnungsbereich insgesamt vorgebracht werden.
- (2) Zur Gewährleistung einer sachgerechten Entscheidung sind Prüfanträge auf Durchführung einer Prüfung zu begründen und mit dem entsprechenden notwendigen Nachweis (Originalbelege oder Images, Behandlungsschein) zu versehen.
- (3) Anträge nach § 10 sollen innerhalb von 24 Monaten nach Ablauf des Leistungsquartals bei der Prüfungsstelle eingegangen sein. Die Begründung kann nachgereicht werden.

Anlage 4 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Sonstiger Schaden

- (1) Die Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens sollen innerhalb eines Jahres seit Kenntnis der Tatsachen, welche den Schadenersatzanspruch begründen, gestellt werden. Die Antragsbegründung kann nachgereicht werden.

- (2) Die Prüfungsstelle entscheidet, ob und in welcher Höhe der Krankenkasse ein Schaden entstanden ist. Lässt sich die Höhe nicht eindeutig feststellen, bestimmt sie den Schadensumfang nach gewissenhafter Schätzung.

Anlage 5 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Daten und Statistiken

Nicht besetzt