

Prüfwesen

§ 1

Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung

- (1) Die Krankenkasse prüft die Abrechnungen des HAUSARZTES über die Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 3** im Rahmen der Abrechnung der HzV-Vergütung hinaus, insbesondere hinsichtlich
 - a) des Bestehens und des Umfangs der Leistungspflicht des HAUSARZTES;
 - b) der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen gemäß diesem HzV-Vertrag, auch in Bezug auf die angegebene Diagnose;
 - c) der Plausibilität der Zahl der von HzV-Versicherten in Anspruch genommenen HAUSÄRZTE und sonstigen Ärzte und der dabei abgerechneten Leistungen durch Überprüfung der HzV-Abrechnung und der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung auf Grundlage der ihr insoweit über die HzV hinaus vorliegenden Daten;
 - d) der vom HzV-Versicherten an den HAUSARZT zu zahlenden Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V (Bestehen von Befreiungsgründen) und des damit verbundenen Verfahrens gemäß § 43b Abs. 2 SGB V.
- (2) Die Krankenkasse kann (z. B. über Versichertenbefragungen) auch die Leistungserbringung des HAUSARZTES hinsichtlich der Leistungsqualität (z.B. die grundsätzliche Einhaltung von Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2**) sowie die Einhaltung der sonstigen vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere gemäß § 3 Abs. 3 bis 5 des Vertrages überprüfen.
- (3) Durch das Verfahren nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 soll die gesetzeskonforme, vertragsgemäße, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung sichergestellt werden. Unnötiger bürokratischer Prüfaufwand soll vermieden werden.
- (4) Die Krankenkasse unterrichtet den Hausärzteverband über die Durchführung der Prüfungen gemäß den vorstehenden Absätzen 1 und 2 und deren Ergebnisse, soweit sie die HzV betreffen unter Beachtung gesetzlicher Einschränkungen zum Datenschutz.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß Absatz 1 und 2 Auffälligkeiten ergeben, die die HzV betreffen, fordert der Hausärzteverband den HAUSARZT zu einer schriftlichen Stellungnahme auf. Lassen sich die Auffälligkeiten durch die schriftliche Stellungnahme nicht vollständig ausräumen oder wird eine Stellungnahme nicht innerhalb angemessener Frist vorgelegt, führt der Hausärzteverband in der Regel mit dem HAUSARZT ein Gespräch (telefonisch oder persönlich). Der HAUSARZT ist verpflichtet, an diesem Gespräch teilzunehmen. Das Gespräch dient dazu, die durch die Prüfung entstandenen Auffälligkeiten soweit möglich auszuräumen. Die Krankenkasse wird über das Ergebnis informiert. Seitens des Hausärzteverbandes kann mit Zustimmung des HAUSARZTES ein vom Hausärzteverband und/oder von der Krankenkasse

- vorgeschlagener Arzt/eine Ärztin oder ein sonstiger Mitarbeiter der Krankenkasse zu dem Gespräch hinzugezogen werden.
- (6) Lassen sich die Auffälligkeiten durch das Gespräch nach Absatz 5 oder eine Abrechnungskorrektur nach § 11a Abs. 4 nicht klären bzw. beseitigen, erfolgt die Abstimmung von im Einzelfall angemessenen Maßnahmen (z.B. Hinweise, Beratungen) im Abrechnungsgremium nach § 2 dieser Anlage.
 - (7) Die Krankenkasse kann, sofern dazu Veranlassung besteht, den Hausärzteverband zu einer gezielten Abrechnungsprüfung hinsichtlich einzelner Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 3** auffordern. Der Hausärzteverband führt diese Abrechnungsprüfung durch.
 - (8) Der Hausärzteverband kann, sofern dazu Veranlassung besteht, die Krankenkasse zu Prüfungen nach dieser **Anlage 10** auffordern.
 - (9) Die Prüfungen gemäß dieser Anlage können im Auftrag der Krankenkasse auch durch Auftragnehmer im Sinne des § 80 SGB X durchgeführt werden.
 - (10) Eine Abrechnungskorrektur nach § 11a Abs. 4 des Vertrages bleibt von Maßnahmen nach dieser **Anlage 10** unberührt. Dasselbe gilt für die Verpflichtung der Krankenkassen zur Information der Staatsanwaltschaft in Fällen des § 197a SGB V.
 - (11) Die HzV-Partner stimmen darin überein, dass das Prüfwesen fortzuschreiben und an aktuelle Entwicklungen anzupassen ist. Zur näheren Ausgestaltung des Prüfverfahrens wird der Beirat Verfahrensregelungen im Einzelnen vorschlagen.

§ 2 Abrechnungsgremium

Das Abrechnungsgremium ist als Arbeitsgruppe des Beirats bis zum 31.12.2012 zu bilden. Das Abrechnungsgremium besteht aus je zwei Vertretern der Krankenkasse und des Hausärzteverbandes (vier Gremienmitglieder). Jeder Vertreter hat eine Stimme. Der Hausärzteverband zieht einen Vertreter der HÄVG hinzu, welcher anhörungsberechtigt, jedoch nicht stimmberechtigt ist. Die Krankenkasse kann jeweils einen weiteren anhörungsberechtigten, jedoch nicht stimmberechtigten Vertreter hinzuziehen. Die Besetzung des Abrechnungsgremiums erfolgt einvernehmlich durch den Beirat. Die Beschlüsse des Abrechnungsgremiums werden dem Beirat – bei einstimmiger Beschlussfassung – zur Umsetzung empfohlen. Fasst das Abrechnungsgremium keinen einstimmigen Beschluss, werden dem Beirat die unterschiedlichen Voten dargelegt.

§ 3 Verhältnis zu §§ 106, 106a Abs. 3 SGB V

Im Übrigen bleiben die §§ 106, 106a SGB V unberührt.

§ 106a Abs. 3 SGB V gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf ihre Rechtmäßigkeit für Leistungen nach diesem Vertrag entsprechend.