
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.
- (2) Die Krankenkasse kann auch die Leistungserbringung des HAUSARZTES hinsichtlich der Leistungsqualität 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 Hausärzterverband 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 Hausärzterverband den HAUSARZT zu einer schriftlichen Stellungnahme innerhalb einer angemessenen Frist auf. Der Hausärzterverband prüft die Stellungnahme

des HAUSARZTES. Soweit die Stellungnahme des HAUSARZTES die Auffälligkeiten schlüssig begründet, dokumentiert der Hausärzterverband die Ursachen für die Auffälligkeit und legt die Stellungnahme und eine Empfehlung über die Beendigung des Prüfverfahrens der Krankenkasse vor. Stimmt die Krankenkasse dieser Empfehlung zu, gilt das Prüfverfahren als beendet und der Hausärzterverband informiert den HAUSARZT entsprechend.

- (6) Lassen sich die Auffälligkeiten durch die schriftliche Stellungnahme nicht ausräumen oder wird eine Stellungnahme nicht innerhalb angemessener Frist vorgelegt, führt der Hausärzterverband in der Regel mit dem HAUSARZT ein Gespräch (telefonisch oder persönlich). Der HAUSARZT ist verpflichtet, an diesem Gespräch teilzunehmen. Ziel dieses Gespräches ist die Aufklärung des Sachverhaltes und schlüssige Begründung in Bezug auf die Auffälligkeit sowie ggf. die Aufklärung über etwaige Unklarheiten in Bezug auf die Abrechnungsregelungen der HZV. Das Gespräch wird vom Hausärzterverband protokolliert. Das Gesprächsprotokoll und etwaige ergänzende Unterlagen (bspw. Bescheid über anerkannte Praxisbesonderheit) werden der Krankenkasse zur Verfügung gestellt. Seitens des Hausärzterverbandes kann mit Zustimmung des HAUSARZTES ein vom Hausärzterverband und/oder von der Krankenkasse vorgeschlagener Arzt/eine Ärztin oder ein sonstiger Mitarbeiter der Krankenkasse zu dem Gespräch hinzugezogen werden.
- (7) Lassen sich die Auffälligkeiten durch die Maßnahmen nach Absatz 5 und 6 nicht klären, erfolgt die Abstimmung von im Einzelfall angemessenen Maßnahmen (z.B. Hinweise, Beratungen, Rückforderung, Verrechnung, Ausschluss) durch das Abrechnungsgremium nach § 2 dieser Anlage.
- (8) Die Krankenkasse kann, sofern dazu Veranlassung besteht, den Hausärzterverband zu einer gezielten Abrechnungsprüfung hinsichtlich einzelner Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 3** auffordern. Der Hausärzterverband gewährleistet, dass diese Abrechnungsprüfung umgehend durchgeführt wird und informiert die Krankenkasse über das Ergebnis.
- (9) Der Hausärzterverband kann, sofern dazu Veranlassung besteht, die Krankenkasse zu Prüfungen nach dieser **Anlage 10** auffordern.

- (10) Die Prüfungen gemäß dieser Anlage können im Auftrag der Krankenkasse oder des Hausärzteverbandes auch durch Auftragnehmer im Sinne des § 80 SGB X durchgeführt werden.
- (11) Die Krankenkassen sind gemäß § 197a Abs. 3a SGB V befugt, Unterlagen aus dem Prüfverfahren der zuständigen Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen vorzulegen. 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 zu bilden. Das Abrechnungsgremium besteht aus je zwei Vertretern der Krankenkasse und des Hausärzteverbandes (vier Gremienmitglieder). Jeder Vertreter hat eine Stimme. Den Vertragspartnern wird das Recht eingeräumt, qualifizierte Sachverständige aus den Bereichen Medizin, Recht und HZV-Abrechnung zur Beratung hinzuzuziehen. Diese sind anhörungs-, jedoch nicht stimmberechtigt. 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 anderen Bestimmungen

§§ 106 ff. SGB V sowie § 5 Abs. 3 HZV-Vertrag bleiben im Übrigen unberührt. In die weiteren Prüfpflichten der Krankenkasse gemäß den §§ 106 ff. SGB V ist der Hausärzteverband nicht eingebunden. Eine Abrechnungskorrektur nach § 11a Abs. 4 des Vertrages bleibt von Maßnahmen nach dieser **Anlage 10** unberührt.