

Prüfvereinbarung

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen -
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Geschäftsführer
Herrn Rainer Striebel,
- BKK-Landesverband Ost - Landesrepräsentanz Thüringen -,
- IKK Thüringen,
- Krankenkasse für den Gartenbau - handelnd für die landwirtschaftliche Krankenversicherung,
- Knappschaft - Verwaltungsstelle Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche-Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
- Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover
- Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
- HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg
- hkk, Bremen

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

wird auf der Grundlage des § 106 SGB V folgende Vereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung (Prüfvereinbarung) geschlossen:

Präambel

Diese Prüfvereinbarung regelt gemäß § 106 SGB V die Verfahren zur Beratung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung. Als Vertragsärzte im Sinne dieser Vereinbarung gelten zugelassene Vertragsärzte, Berufsausübungsgemeinschaften, persönlich ermächtigte Ärzte nach § 116 SGB V, zugelassene Einrichtungen gemäß §§ 116 b und 311 SGB V, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen gemäß § 95 Abs. 1 SGB V, medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Abs. 1 SGB V, zugelassene ermächtigte Krankenhäuser gemäß § 116 a SGB V, ermächtigte Hochschulambulanzen gem. § 117 SGB V, Fachwissenschaftler der Medizin nach §§ 7 BMV-Ä, 11 EKV, zugelassene und ermächtigte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die in Notfällen in Anspruch genommenen Nichtvertragsärzte und nicht ermächtigten Krankenhäuser, im Nachfolgenden Vertragsärzte genannt.

§ 1 Grundsätze

- (1) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragspartner für den Bereich des Freistaates Thüringen eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt.
- (2) Als Beteiligte im Sinne dieser Vereinbarung gelten der betroffene Vertragsarzt, ärztlich geleitete Einrichtungen, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen, die antragstellende Krankenkasse sowie die KV Thüringen.
- (3) Ergeben sich bei der Durchführung dieser Vereinbarung zu klärende Sachverhalte, so sind diese zwischen den Vertragspartnern zu regeln.

§ 2 Prüfungseinrichtungen

- (1) Prüfungseinrichtungen i. S. dieser Vereinbarung sind die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss.
- (2) Die Prüfungsstelle nimmt ihre Aufgaben nach § 106 Abs. 5 SGB V und nach der „Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse nach § 106 Abs. 4a SGB V (WiPrüfVO)“ in der jeweils geltenden Fassung wahr. Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss geben sich je eine Geschäftsordnung.
- (3) Bei der Prüfungsstelle wird eine beratende Kommission eingerichtet. Aufgabe der beratenden Kommission ist es, die Prüfungsstelle bei der Auswahl der Vertragsärzte für die Prüfungen nach § 106 Abs. 2 SGB V und zur Klärung grundsätzlicher Problemstellungen – sofern diese nicht unter 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 beratende Kommission besteht aus Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und der Krankenkassen in ausreichender Zahl und paritätischen Besetzung.

Die Organisation der Sitzung der beratenden Kommission obliegt der Prüfungsstelle.

- (4) Der Beschwerdeausschuss besteht aus je 4 Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Der Beschwerdeausschuss kann in die erforderliche Zahl von Kammern gegliedert werden, um durch Spezialisierung das Beschwerdeverfahren effektiv zu gestalten und eine zeitnahe Bearbeitung der Beschwerdeverfahren zu gewährleisten.
- (5) Über den Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und seine Stellvertreter einigen sich die Vertragspartner. Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss haben ihren Sitz in 99425 Weimar, Zum Hospitalgraben 8. Die Partner der Vereinbarung legen die Möglichkeit fest, frühestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Prüfvereinbarung den Sitz der Prüfungseinrichtungen zu überprüfen und hierüber eine andere Regelung zu treffen. Der Antrag auf Überprüfung und Neuregelung des Sitzes des Beschwerdeausschusses und der Prüfungsstelle kann von jedem Partner der Vereinbarung gestellt werden. Einer Kündigung der Prüfvereinbarung bedarf es in diesem Fall nicht.
- (6) Die Amtsperiode der Mitglieder des Beschwerdeausschusses beträgt zwei Jahre.
- (7) Die Vertragsparteien bestellen die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sowie die Stellvertreter in ausreichender Anzahl. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Verbänden, die Vertreter der Vertragsärzte 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.
- (8) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sind gegenüber den sie entsendenden Organisationen fachlich nicht an Weisungen gebunden.

§ 3 Ausgeschlossene Personen

Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle und 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 und Beteiligte der beratenden Kommission.

§ 4 Beschlussfähigkeit

- (1) Der Beschwerdeausschuss ist beschlussfähig, wenn der unparteiische Vorsitzende und paritätisch mindestens je zwei Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen anwesend sind. Kann eine Sitzung wegen fehlender Beschlussfähigkeit nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden, kann nach erneuter Ladung mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder entschieden werden.
- (2) Für die Beschlussfähigkeit der Kammern des Beschwerdeausschusses gilt Abs. 1. Den Vorsitz bei Entscheidungen der Kammern führt der jeweils unparteiische Vorsitzende oder sein Stellvertreter.
- (3) Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.
- (4) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sind zur Teilnahme an den Sitzungen verpflichtet. Bei Verhinderung haben sie einen bestellten Stellvertreter sowie die Prüfungsstelle zu benachrichtigen.

§ 5 Prüfungsarten

Die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung wird geprüft durch:

- Prüfung nach § 84 Abs. 7a SGB V (DDD-Kosten, § 8 dieser Prüfvereinbarung)
- Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung, § 9 dieser Prüfvereinbarung),
- Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben (Zufälligkeitsprüfung, § 10 dieser Prüfvereinbarung),
- Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten (§ 11 dieser Prüfvereinbarung), begrenzt auf die Abrechnungsquartale bis IV/2007
- Prüfung der ärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise in Einzelfällen (§ 12 dieser Prüfvereinbarung),
- Prüfung in besonderen Fällen (§ 13 dieser Prüfvereinbarung),
- Feststellung von sonstigen Schäden (§ 14 dieser Prüfvereinbarung).

§ 6 Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Amts wegen bei Überschreitung der gesetzlich vorgegebenen Aufgreifkriterien, gemäß §§ 8, 9, 10 und 11 dieser Vereinbarung oder auf schriftlichen Antrag. Antragsberechtigt sind die KVT, die Krankenkassen und ihre Verbände.
- (2) Die Übersicht (Name, Arztnummer, Gesamtbrutto, Anzahl der Fälle, Höhe der Überschreitung) über die Vertragsärzte, welche die Aufgreifkriterien für die Beratung nach § 9 Abs. 2 oder die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfüllt haben, sind den Vertragspartnern durch die Prüfungsstelle kostenfrei zur Verfügung zu stellen.

§ 7 Datenbasis

- (1) Die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen (Auffälligkeitsprüfung), die Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung) und die Prüfung nach Durchschnittswerten erfolgt auf der Basis von kassenartenübergreifend zusammengeführten Statistiken gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen. 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.
- (2) Für den Fall, dass ein Vertragsarzt 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 Ordnungsweise 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 be-

richtigen, soweit die ordnungsgemäße Durchführung des Prüfverfahrens insgesamt nicht gefährdet wird. Über die Berichtigung ist ein Protokoll anzufertigen, welches Bestandteil der Verfahrensakte wird.

§ 8

Prüfung nach § 84 Abs. 7a SGB V

- (1) Die Prüfung nach § 84 Abs. 7a SGB V erfolgt in Abhängigkeit der Gestaltung und der Vorgaben der Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V für das jeweilige Kalenderjahr.
- (2) Soweit die Vertragspartner auf Landesebene in einer Vereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V Maßnahmen bestimmen, die gemäß § 84 Abs. 4a SGB V ebenso wie eine Vereinbarung nach § 84 Abs. 7a SGB V geeignet sind, die Wirtschaftlichkeit zu verbessern und einen entsprechenden Ausgleich von Mehrkosten bei Nichteinhaltung der vereinbarten Ziele zu gewährleisten, findet die Prüfung nach Absatz 1 keine Anwendung. Die Prüfung bestimmt sich in diesem Fall nach den auf Landesebene getroffenen Regelungen.
- (3) Für den einzelnen Vertragsarzt finden die Regelungen nach Absatz 1 und 2 keine Anwendung, soweit er zu Lasten der Krankenkasse Arzneimittel verordnet hat, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V mit Wirkung für die einzelne Krankenkasse besteht. Das Nähere hierzu ist in der jeweils gültigen Arzneimittelvereinbarung gemäß § 84 Abs. 1 SGB V geregelt.

§ 9

Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen (Auffälligkeitsprüfung)

- (1) Richtgrößenprüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als Fünf vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden.
- (2) Die Prüfungsstelle ermittelt diejenigen Ärzte, die ihr Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. überschritten haben und beschließt nach Auswertung der kassenartenübergreifenden Verordnungskostenstatistiken unter Berücksichtigung der festgestellten Praxisbesonderheiten gemäß Anlage 1, bei welchen Vertragsärzten eine Beratung bzw. eine Richtgrößenprüfung durchgeführt wird. 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. 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. Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 v. H. hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Die Prüfungsstelle hat den Vertragsarzt im Rahmen der Aufforderung zur Stellungnahme darüber in Kenntnis zu setzen, welche Praxisbesonderheiten berücksichtigt wurden.
- (3) Die Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößen sind für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen; sie können für den Zeitraum eines Quartals durchgeführt werden, wenn dies die Wirksamkeit der Prüfung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erhöht und

hierdurch das Prüfverfahren vereinfacht wird. Eine quartalsweise Prüfung soll insbesondere dann erfolgen, wenn aufgrund von unterjährigen Neuzulassungen oder Veränderungen in der Fachgebietszugehörigkeit gemäß Richtgrößenvereinbarung eine Jahresprüfung nicht möglich ist. Die Durchführung der quartalsweisen Prüfung ist im Bescheid zu begründen und die Vertragspartner sind hierüber vorab zu informieren.

- (4) Grundlage für die Richtgrößenprüfung sind die zwischen der KVT und den Verbänden der Krankenkassen vereinbarten bzw. durch das Schiedsamt festgesetzten und bekannt gegebenen Richtgrößen für den jeweiligen Prüfzeitraum einschließlich der übrigen Regelungen der geltenden Richtgrößenvereinbarung.
- (5) Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130 a Abs. 8 SGB V beigetreten ist, sind nicht Gegenstand einer Richtgrößenprüfung.
- (6) Soweit bei der Berechnung der Richtgrößen für den Prüfzeitraum Arzneimittel in der Richtgrößenvereinbarung ausgeschlossen wurden, sind deren Kosten vor der Feststellung des Überschreitungsolumens 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 (§ 35 b Abs. 1 SGB V) geprüft werden, sind die verschlüsselten Diagnosen behandlungsfallbezogen hinzuzuziehen. Darüber hinaus ist § 73d SGB V entsprechend zu berücksichtigen. Das Nähere hierzu regeln die Partner der Vereinbarung.
- (8) Die Richtgrößenprüfung wird getrennt nach Arznei- und Verbandmitteln sowie nach Heilmitteln durchgeführt.
- (9) Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten kann nur durch die Prüfungseinrichtungen erfolgen. Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche für die Vergleichsgruppe 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. Außerdem ist eine von der Vergleichsgruppe abweichende Altersstruktur der Versicherten, die nicht durch nach Allgemeinversicherten und Rentnern getrennte Richtgrößen berücksichtigt ist, durch die Prüfungseinrichtungen zu bewerten. 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.
- (10) Indikatoren für Praxisbesonderheiten sind insbesondere die in den Anlagen 1 und 2 genannten Indikationsgebiete/Wirkstoffgruppen/Therapien. Die Praxisbesonderheiten nach den in Anlage 1 und 2 bezeichneten Indikatoren werden von der Prüfungsstelle bei der Bewertung der Richtgrößenüberschreitung unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit nach Abs. 11, bzw. den Heilmittelrichtlinien vorab in Abzug gebracht, in der Höhe, in der sie den jeweiligen Durchschnitt der Vergleichsgruppe überschreiten. Weitere Praxisbesonderheiten einschließlich des damit verbundenen abzusetzenden Verordnungsvolumens ermittelt die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss auf Vorbringen des Vertragsarztes. Die geltend gemachten Praxisbesonderheiten sind zu begründen. Der Vertragsarzt hat die geltend gemachten Praxisbesonderheiten nachzuweisen. Die Praxisbesonderheiten nach den in Anlage 2 bezeichneten Indikatoren werden von der Prüfungsstelle auf der Basis der in Ansatz gebrachten Kennzeichnungsnummern quantifiziert. Dazu stellt die KVT der Prüfungsstelle eine Frequenzstatistik über die in Anlage 2 vereinbarten Kennzeichnungsnummern je Arzt zur Verfügung, die auch die jeweils durchschnittliche Anzahl je Vergleichsgruppe beinhaltet. Die Vertragspartner kommen überein, die Anlagen 1 und 2 jährlich zu aktualisieren. Nachgewiesene Mehrkosten für Verordnungen im Rahmen der DMP, die dem anerkannten Stand der

medizinischen Erkenntnisse entsprechen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes erfolgten, sind als Praxisbesonderheit zu werten.

- (11) 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.
- (12) Vorgaben aus der jeweils gültigen Fassung der Arzneimittelvereinbarung bzw. Richtgrößenvereinbarung Thüringen sind in der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen.
- (13) Die Prüfungsstelle soll vor ihren Entscheidungen und Festsetzungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann.
- (14) Bei der Festsetzung eines Regresses ist die arztindividuelle Netto/Brutto-Quote zugrunde zu legen. Zur Festlegung des zu erstattenden Netto regressbetrages nach § 106 Absatz 5 c SGB V 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 § 130 a 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 § 130 a 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 3 % des Gesamtverordnungsvolumens des Arztes bei der jeweiligen Krankenkasse, die keine Meldung zu Rabattverträgen erstattet.
- (15) Soweit die Prüfungsstelle im Rahmen einer Regressablösungsvereinbarung von ihrem Recht auf Vereinbarung einer individuellen Richtgröße für vier Quartale Gebrauch macht, prüft die Prüfungsstelle nach Ablauf der auf den Vertragsabschluss folgenden vier Quartale ob eine Einhaltung der vereinbarten individuellen Richtgröße gewährleistet wurde. Die Prüfung erfolgt anhand der von den Vertragspartnern für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Verfügung gestellten Quartalsdaten unter Abzug der von der Prüfungsstelle anzuerkennenden Praxisbesonderheiten, die nicht in der individuellen Richtgröße berücksichtigt wurden. Für den Fall, dass das individuelle Richtgrößenvolumen überschritten wurde, quantifiziert die Prüfungsstelle den zu erstattenden Mehraufwand und legt diesen als Regress fest.
- (16) Soweit der Vertragsarzt nachweist, dass ihn die Rückforderung aus einer Richtgrößenprüfung wirtschaftlich gefährden würde, kann die Stundung bzw. der Erlass entsprechend § 76 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB IV bei der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen beantragt werden. Die Erstattung der Regressbeträge an die Krankenkassen bleibt davon unberührt.
- (17) Kann eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt die Richtgrößenprüfung auf der Grundlage des Fachgruppendurchschnittes mit ansonsten gleichen rechtlichen Vorgaben.

§ 10 Zufälligkeitsprüfung

- (1) Die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach § 106 Abs. 2 SGB V erfolgt auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben. Die Stichprobe umfasst 2 v. H. der an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte. Von der Quote kann für bestimmte Stichprobengruppen nach unten abgewichen werden, wenn dabei die Summe aller Stichproben mindestens 2 % der Vertragsärzte beträgt. Wird die Erhöhung des Umfangs der Stichprobe beabsichtigt, verständigen sich die Vertragspartner vorab. Als Gliederungsmerkmale für Stichprobengruppen kommen insbesondere die in § 2 Abs. 2 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 106 Abs. 2b SGB V (im Weiteren Richtlinien) genannten Merkmale in Betracht.
- (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 Prüfungsstelle zur Kenntnis gegeben. Kann keine Einigung erzielt werden, wird die Stichprobe über alle Fachgruppen gleichmäßig gezogen.
- (4) In die Stichprobenprüfung sollen keine Ärzte einbezogen werden,
 - 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 zusammen zu führen).
- (5) Die KVT ermittelt die Stichprobe per EDV- gestütztem Zufallsgenerator. Über die Ziehung ist ein Protokoll anzufertigen, das den Vertragspartnern und der Prüfungsstelle übermittelt wird.
- (6) Die Stichprobe soll je Quartal bis acht Wochen nach Ende des Prüfzeitraums gezogen werden. Das für das letzte Quartal des Prüfzeitraums gültige Arztstammdatenverzeichnis über die einzubeziehenden Leistungserbringer bildet die Grundlage der zu bestimmenden Stichprobe.
- (7) Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt nach der Ziehung der Stichprobe im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4a SGB V innerhalb einer Woche eine Liste der Vertragsärzte, die in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen werden. Die Prüfungsstelle übermittelt im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Verbänden der Krankenkassen die in die Zufälligkeitsprüfung einzubeziehenden Vertragsärzte innerhalb einer Woche.
- (8) Die Krankenkassen und die KVT übermitteln der Prüfungsstelle für die ausgewählten Vertragsärzte die Datensätze auf maschinell verwertbaren Datenträgern spätestens am 15. des siebten Monats nach Ende des zu prüfenden Zeitraumes.
- (9) Die Prüfungsstelle wählt vor der Prüfung aus den nachfolgend aufgeführten Prüfgegenständen diejenigen aus, die für die Prüfung des Prüfzeitraums und der Stichprobe zu verwenden sind:
 - Prüfung der in Gebührenordnungsnummern des einheitlichen Bewertungsmaßstabes abgebildeten ärztlichen Leistungen

- Prüfung von veranlassten Leistungen, insbesondere von aufwändigen Leistungen mit medizinisch technischen Großgeräten (z.B. CT, MRT, Herzkatheteruntersuchungen, Nuklearmedizinische Leistungen und Strahlentherapieleistungen)
 - Prüfung der Durchführung von Leistungen des Überweisungsempfängers
 - Prüfungen ärztlicher Verordnungen von Arzneimitteln und Heilmitteln
 - Prüfung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und Krankenhauseinweisungen.
- (10) Als Prüfkriterien dienen insbesondere die in der Anlage 2 der Richtlinie nach § 106 Abs. 2b SGB V aufgeführten Kriterien in Abhängigkeit ihrer Verfügbarkeit. Weitere Kriterien können von den Vertragspartnern vereinbart werden. Die Prüfkriterien dienen der Konkretisierung der Beurteilungskriterien.
- (11) Die Prüfungsstelle informiert die Vertragsärzte hinsichtlich des Prüfgegenstandes und der Prüfmethode nach § 9 der Richtlinien mit der Bitte um Stellungnahme. Die von der Prüfungsstelle zu wählende Prüfungsmethode richtet sich nach dem Prüfgegenstand und den zur Verfügung stehenden Daten.
- (12) Die Vertragspartner machen von der in § 6 Abs. 4 der Richtlinie eröffneten Möglichkeit Gebrauch und vereinbaren ein Verfahren, welches es ihnen ermöglicht, die im Benehmen mit der Prüfungsstelle im Rahmen der Prüfungsvorbereitung Anregungen zu Prüfzielen oder Prüfungsempfehlungen anzugeben.
- (13) Geben die Ergebnisse der Zufälligkeitsprüfung Anhaltspunkte, eine Prüfung nach § 106a 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 § 106a SGB V bei der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. bei den Krankenkassen stellen.
- (14) Im Weiteren gelten die jeweils aktuellen Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 106 Abs. 2b SGB V.

§ 11

Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise begrenzt auf die Abrechnungsquartale bis IV/2007

- (1) Die Prüfungsstelle beschließt nach Auswertung der Abrechnungsunterlagen, bei welchen Vertragsärzten die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten durchgeführt wird.
- (2) Für die Durchführung der Prüfung nach Durchschnittswerten orientiert sich die Vergleichsgruppenbildung grundsätzlich an der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen. In begründeten Fällen legt die Prüfungsstelle hiervon abweichende Vergleichsgruppen fest; zur Beurteilung der Homogenität der Vergleichsgruppe ist zusätzlich die mittlere Abweichung auszuweisen.

- (3) In der Regel sollen folgende Abrechnungen in das Auswahlverfahren einbezogen werden:
1. Honorarabrechnungen, deren Gesamtfallwert den Fallwert der Vergleichsgruppe (gewichteter Fachgruppendurchschnitt) um mehr als 150 v. H. der mittleren Abweichung überschreitet. Diese Methode wird i. d. R. nicht angewendet, wenn der Betrag der mittleren Abweichung mehr als 40 v. H. des Fachgruppendurchschnittes beträgt.
 2. Honorarabrechnungen, bei denen in einzelnen Leistungsgruppen bzw. Leistungsuntergruppen der gewichtete Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 200 v. H. der mittleren Abweichung überschritten wird.
 3. Honorarabrechnungen, in denen einzelne Gebührenordnungspositionen den Fachgruppendurchschnitt um mehr als 100 v. H. (relative Abweichung) überschreiten.
- (4) Bei arithmetischer Berechnung der Vergleichswerte sollen folgende Abrechnungen in das Auswahlverfahren einbezogen werden:
- Honorarabrechnungen nach Abs. 3 Nr. 1: 30 v. H.
 - Honorarabrechnungen nach Abs. 3 Nr. 2: 60 v. H.
- (5) Bei der Beurteilung der Abweichung vom Vergleichswert der Fachgruppe ist der Grad der Homogenität der Leistungsstruktur der gebildeten Arztgruppe zu berücksichtigen.
- (6) Soweit die Überschreitung des Fachgruppendurchschnittes auf anerkannte Praxisbesonderheiten zurückzuführen ist, ist die entsprechende Minderung des Fallwertes der geprüften Praxis vorzunehmen.
- (7) Die Höhe der Honorarkürzung im Rahmen der Prüfung nach Durchschnittswerten ist unter Berücksichtigung der von der Rechtsprechung anerkannten natürlichen Streubreite auf die Überschreitung der Punktzahl der Vergleichsgruppe pro Fall (Fallwert des Prüfgegenstandes) begrenzt.
- (8) Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzunehmen. Wiederholt festgestellte Unwirtschaftlichkeit liegt i. d. R. dann vor, wenn
1. im Rahmen von Durchschnittsprüfungen für mindestens 4 aufeinander folgende Quartale Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt und
 2. die Überschreitung nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten im offensichtlichen Missverhältnis zum gewichteten Fallwert der Fachgruppe steht und
 3. die Honorarkürzungen jeder dieser Prüfungen auf dem gleichen Sachverhalt bei der Leistungserbringung beruhen und mindestens 2 dieser Honorarkürzungen mit Bescheid bekannt gegeben wurden.
- (9) Wenn sonstige Auffälligkeiten eine unwirtschaftliche Behandlungsweise vermuten lassen, können Abrechnungen einer Einzelfallprüfung unterzogen werden. Lässt sich die Höhe des dabei festgestellten unwirtschaftlichen Mehraufwandes nicht eindeutig feststellen, bestimmt die Prüfungsstelle die Höhe der Honorarkürzung nach gewissenhafter Schätzung. Unter sonstigen Auffälligkeiten sind auch solche Sachverhalte einzuordnen, bei denen vermehrt aufwändige medizinisch-technische Leistungen im einzelnen Behandlungsfall den Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vermuten lassen.

§ 12 Prüfung in einzelnen Fällen

- (1) Auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, der Kassenverbände oder einer Krankenkasse können Abrechnungen und Verordnungen einer Einzelfallprüfung 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 des Regresses 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) Zur Gewährleistung einer sachgerechten Entscheidung sind Prüfanträge auf Durchführung einer Einzelfallprüfung zu begründen und mit dem entsprechenden notwendigen Nachweis (Originalbelege oder Images, Behandlungsschein) zu versehen.
- (3) Ein Antrag auf Prüfung ist ausgeschlossen, wenn der beantragte Regress 50,00 € nicht übersteigt. Regressbeträge unter 50,00 € werden erlassen. Stattdessen wird der Arzt beraten.
- (4) Anträge nach Abs. 1 müssen innerhalb von 24 Monaten nach Ablauf des Leistungsquartals bei der Prüfungsstelle eingegangen sein. Die Begründung kann nachgereicht werden.

§ 13 Prüfung in besonderen Fällen

- (1) Auf begründeten Antrag der Antragsberechtigten nach § 6 Abs. 1 dieser Prüfvereinbarung prüft die Prüfungsstelle auch, ob der Vertragsarzt durch Veranlassung von Auftragsleistungen, Verordnungen von Krankenhausbehandlung, bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit und Verordnung von Hilfsmitteln im Einzelfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat. Dazu sind die Unterlagen des Behandlungsfalls/Krankheitsfalls heranzuziehen.
- (2) Die Prüfungsstelle entscheidet darüber, in welcher Höhe Unwirtschaftlichkeit besteht. Dabei ist gleichfalls die Gesamtwirtschaftlichkeit des Falles zu bewerten. Lässt sich die Höhe der Unwirtschaftlichkeit nicht eindeutig feststellen, bestimmt die Prüfungsstelle den Umfang nach gewissenhafter Schätzung.
- (3) Anträge nach Abs. 1 müssen innerhalb von 18 Monaten nach Ablauf des Leistungsquartals bei der Prüfungsstelle eingegangen sein. Die Begründung kann nachgereicht werden.

§ 14 Sonstiger Schaden

- (1) Die Kassenverbände, die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen können die Feststellung eines sonstigen Schadens durch die Prüfungsstelle beantragen, den der Vertragsarzt infolge Verletzung seiner vertragsärztlichen Pflichten verursacht hat. Ausgenommen hiervon sind Erstattungsansprüche der Krankenkassen wegen sachlich-rechnerischer Unrichtigkeiten, wegen eines Behandlungsfehlers oder aus unerlaubten Handlungen des Vertragsarztes.

- (2) Die Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens sind innerhalb von einem Jahr seit Kenntnis der Tatsachen, welche den Schadensersatzanspruch begründen, zu stellen. Die Antragsbegründung kann nachgereicht werden. Sind seit der Pflichtverletzung jedoch mehr als zwei Jahre vergangen, ist der Anspruch verwirkt.
- (3) 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. Im Übrigen gelten die bundesmantelvertraglichen Regelungen.
- (4) Soweit der Sachverhalt des Antrags auf Feststellung eines sonstigen Schadens bereits in der Prüfung nach § 9 Berücksichtigung gefunden hat, ist der Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens unter Angabe der Begründung zurückzuweisen.
- (5) Ein Antrag ist ausgeschlossen, wenn der beantragte Regress 50,00 € nicht übersteigt.

§ 15 Verfahrensgrundsätze

- (1) Über die Durchführung einer Beratung gem. § 16 dieser Vereinbarung, einer Wirtschaftlichkeitsprüfung bzw. deren Beantragung sind der betroffene Vertragsarzt sowie die übrigen Verfahrensbeteiligten von Amts wegen schriftlich in Kenntnis zu setzen. Bei Einleitung von Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren ist der Vertragsarzt auf die Möglichkeit der Stellungnahme innerhalb einer angemessenen Frist hinzuweisen. Der Vertragsarzt ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass er die Anerkennung weiterer Praxisbesonderheiten im Rahmen der Prüfungen nach den §§ 9 und 11 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. 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 Vertragsarzt kann sich durch einen Bevollmächtigten vertreten lassen.
- (3) Der Bescheid der Prüfungsstelle ist zu begründen und zu unterzeichnen sowie mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen. Der Bescheid ist innerhalb von 5 Monaten nach Entscheidung den Verfahrensbeteiligten bekannt zu geben. Ein den Krankenkassen zu erstattender Mehraufwand im Rahmen der Prüfung nach § 9 ist innerhalb von 2 Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraumes festzusetzen. Zuzahlungen und Rabatte sind zu berücksichtigen.
- (4) Gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle können innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheides sowohl der betroffene Vertragsarzt, die KVT, die Kassenverbände 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.

- (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 am Verfahren Beteiligten mit einer Frist von mindestens einem Monat zu laden mit dem Hinweis, dass im Falle ihres Nichterscheins 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. Je eine Ausfertigung des Protokolls erhalten die Kassenverbände und die KV. Die Übersendung des Protokolls soll innerhalb von 1 Monat nach der Sitzung erfolgen.
- (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. Der Widerspruchsbescheid ist mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und dem Arzt mit Zustellungsurkunde sowie den übrigen Verfahrensbeteiligten gegen Empfangsbekanntnis zuzustellen.
- (11) Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt mit der Beschlussfassung als durchgeführt.

§ 16

Beratung als Prüfmaßnahme

- (1) Als Prüfmaßnahme aus Prüfungen nach den §§ 9, 10, und 11 können die Prüfeinrichtungen Beratungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung beschließen. Diese Beratungen sollen nach den Vorgaben der Prüfeinrichtung durch die Prüfungsstelle zeitnah nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes durchgeführt werden. 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 Beratungen vorgesehenen Unterlagen sollen dem betroffenen Vertragsarzt mindestens 1 Monat vor Durchführung der Beratung übersandt werden.

§ 17
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 Vertragsarzt wird hierüber schriftlich informiert.

§ 18
Datenschutz

Die am Prüfverfahren Mitwirkenden haben über den Sitzungsverlauf und über die Person der am Verfahren beteiligten Vertragsärzte 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.

§ 19
Vollstreckung von Entscheidungen

- (1) Die beschlossene Honorarkürzung wird durch die KVT mit den Honorarforderungen des jeweils nächsten Auszahlungsquartals verrechnet, wenn die Entscheidung der Prüfungseinrichtungen kraft Gesetzes oder besonderer Anordnung sofort vollziehbar ist. Für Regresse aufgrund der Prüfung von vertragsärztlich verordneten und veranlassten Leistungen gilt dies entsprechend.
- (2) Die Vollstreckungsklausel erteilt die Prüfungsstelle. Die Aufteilung der Regresse aus Richtgrößenprüfungen erfolgt auf der Grundlage des § 106 Abs. 5c SGB V auf die erstattungsberechtigten Krankenkassen und unter Berücksichtigung von § 106 Abs. 5 Satz 4 und Abs. 5a Satz 11 SGB V.
- (3) Die Prüfungsstelle informiert die Vertragspartner quartalsweise über die erteilten Vollstreckungsklauseln mit folgendem Inhalt:
 - a. Arztnummer und Aktenzeichen (Vorgangsnummer)
 - b. Prüfungsart und Prüfzeitraum
 - c. Regressbetrag je Krankenkasse (verbandsbezogen).Diese Regelung gilt für den Beschwerdeausschuss entsprechend.
- (4) Regresse sind auf die beteiligten Krankenkassen entsprechend der Anzahl der Behandlungsfälle aufzuteilen.
- (5) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Vertragsarztes informiert die KVT die Prüfungsstelle.

§ 20
Kosten der Prüfungseinrichtungen

Zur Finanzierung der Kosten der Prüfungseinrichtungen treffen die Vertragspartner eine gesonderte Vereinbarung.

§ 21
Inkrafttreten und Kündigung

Diese Prüfvereinbarung tritt am 01. Januar 2008 in Kraft. Die Prüfvereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 13.03.2009

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

AOK PLUS

BKK-Landesverband Ost
- Landesrepräsentanz Thüringen -

IKK Thüringen

Krankenkasse für Gartenbau, handelnd für
die Landwirtschaftliche Krankenversicherung

Knappschaft, Verwaltungsstelle Frankfurt/Main

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

Anlagen

- 1 – Praxisbesonderheiten / Bereich Arznei- und Verbandmittel
- 2 – Praxisbesonderheiten / Bereich Heilmittel