

Prüfvereinbarung

gemäß §§ 106, 106a, 106b, 106c SGB V

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

(im Folgenden KVSA genannt)

und

der AOK Sachsen-Anhalt,

dem BKK Landesverband Mitte, Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,

der IKK gesund plus,

der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus,

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

sowie

den Ersatzkassen

- BARMER
- Techniker Krankenkasse (TK)
- 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 Landesvertretung Sachsen-Anhalt,

(im Folgenden Krankenkassen genannt)

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Grundsätze und Geltungsbereich
- § 2 Einleitung des Prüfverfahrens
- § 3 Prüfungsarten
- § 4 Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- § 5 Datenbasis
- § 6 Praxisbesonderheiten und besondere Verordnungsbedarfe
- § 7 Beratung nach § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V in Verbindung mit den Rahmenvorgaben gemäß § 106b Abs. 2 Satz 1
- § 8 Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina (Auffälligkeitsprüfung)
- § 9 Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten
- § 10 Richtgrößenablösende Prüfung ärztlich verordneter Leistungen
- § 11 Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten
- § 12 Einzelfallprüfung
- § 13 Prüfung in besonderen Fällen
- § 14 Feststellung eines sonstigen Schadens
- § 15 Feststellung der Zulässigkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf
- § 16 Prüfung auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)
- § 17 Verfahrensgrundsätze
- § 18 Vollstreckung der Entscheidungen
- § 19 Salvatorische Klausel
- § 20 Inkrafttreten und Kündigung

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Verfahrensregelung zur richtgrößenablösenden Prüfung ärztlich verordneter Leistungen (derzeit nicht besetzt)
- Anlage 2 derzeit nicht besetzt
- Anlage 3 Methode zur Berechnung der Richtgrößenvolumina sowie zur Feststellung von Überschreitungen und deren Höhe auf der Basis der Daten gemäß § 296 SGB V (für Verordnungen bis 31.12.2015)
- Anlage 3a Methode zur Berechnung der Richtgrößenvolumina sowie zur Feststellung von Überschreitungen und deren Höhe auf der Basis der Daten gemäß § 296 SGB V (für Verordnungen ab 01.01.2016)
- Anlage 4 Ermittlung des Nachforderungsbetrages
- Anlage 5 Wirkstoffliste zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Anlage 6 Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Anlage 7 Zufälligkeitprüfung (für Abrechnungs- und Verordnungszeiträume bis 31.12.2016)
- Anlage 7a Zufälligkeitprüfung (für Abrechnungszeiträume ab 01.01.2017)
- Anlage 8 Praxisbesonderheiten Heilmittel (für Verordnungen bis 31.12.2016)
- Anlage 8.1 Liste über Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln (für Verordnungen bis 31.12.2016)
- Anlage 8.1a Liste über bundesweite besondere Verordnungsbedarfe für die Verordnungen von Heilmitteln nach § 106b Abs. 2 S. 4 SGB V (für Verordnungen ab 01.01.2017)
- Anlage 8.2 Liste über Indikationen mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V (für Verordnungen bis 31.12.2016)
- Anlage 8.2a Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V (Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie - für Verordnungen ab 01.01.2017)

§ 1

Grundsätze und Geltungsbereich

- (1) Diese Prüfvereinbarung regelt gemäß §§ 106, 106a, 106b und 106c SGB V die Verfahren zur Beratung und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung.
- (2) Als Ärzte im Sinne dieser Vereinbarung gelten zugelassene Vertragsärzte, persönlich ermächtigte Ärzte nach § 116 SGB V, an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V teilnehmende Ärzte, zugelassene Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen gemäß § 95 Abs. 1 SGB V, medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Abs. 1 SGB V, Eigeneinrichtungen der KVSA gem. § 105 SGB V, zugelassene ermächtigte Krankenhäuser gemäß § 115 b und § 116 a, b SGB V, Notfallambulanzen an Krankenhäusern, ermächtigte Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V, psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 1 SGB V, sozialpädiatrische Zentren gemäß § 119 SGB V, medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V, Fachwissenschaftler der Medizin nach § 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 11 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag, zugelassene und ermächtigte psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die in Notfällen in Anspruch genommenen Nichtvertragsärzte und nicht ermächtigten Krankenhäuser sowie ermächtigte Ärzte nach § 24 Abs. 3 der Zulassungsverordnung.
- (3) Diese Prüfvereinbarung umfasst Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen sowie in den im Folgenden genannten Bereichen ärztlich verordneter Leistungen. Die Prüfungen nach den Buchstaben l bis s in der nachfolgenden Aufzählung erfolgen gegen Kostenersatz durch die Krankenkassen an die Prüfungsstelle nach Absatz 4. Näheres zum Kostenersatz und zu den dafür notwendigen Datenlieferungen wird gesondert geregelt.
 - 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) Verordnung von Hilfsmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V),
 - e) Verordnung von Krankentransporten (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V),
 - f) Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V),
 - g) Verordnung von Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V),
 - h) Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 73 Abs. 2 Nr. 8 SGB V),
 - i) Verordnung von Soziotherapie (§ 73 Abs. 2 Nr. 12 SGB V),
 - j) Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (§ 73 Abs. 2 Nr. 14 SGB V),
 - k) Verordnungen für die am Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen,
 - l) Verordnungen im Rahmen des Entlassungsmanagements nach § 39 Abs. 1a Satz 5 SGB V,

- m) Verordnete Leistungen bei Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Abs. 1a SGB V,
 - n) Verordnungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V,
 - o) Verordnete Leistungen durch Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V,
 - p) Verordnete Leistungen durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
 - q) Verordnete Leistungen durch Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V
 - r) Verordnete Leistungen durch medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V,
 - s) Ärztlich verordnete Leistungen im Rahmen der Teilnahme an Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V (Selektivverträge).
- (4) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragspartner eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss (nachfolgend Prüfungsgremien genannt) nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt. Näheres regeln die Geschäftsordnung der Prüfungsstelle und die Geschäftsordnung des Beschwerdeausschusses in der jeweils gültigen Fassung.
- (5) Ergeben sich bei der Durchführung dieser Vereinbarung zu klärende Sachverhalte, so werden diese zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich geregelt.
- (6) Die Prüfungsstelle führt die Beratungen nach § 106b Abs. 2 S. 3 SGB V i. V. m. den Rahmenvorgaben gemäß § 106b Abs. 2 S. 1 SGB V und die Prüfungen nach § 106 Abs. 2 SGB V durch. Diese Prüfvereinbarung regelt das Nähere der Umsetzung.
- (7) Gegenstand der Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V sind auch die Einhaltung der Verordnungseinschränkungen und Verordnungsausschlüsse per Gesetz und die für die verordneten Leistungen anwendbaren Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 SGB V.

§ 2 Einleitung des Prüfverfahrens

- (1) Vorbereitung und Durchführung der Prüfungen erfolgen gemäß der Geschäftsordnung der Prüfungsstelle und der Geschäftsordnung des Beschwerdeausschusses durch die Prüfungsstelle nach gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben sowie den jeweils aktuellen Richtlinien.
- (2) Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Amts wegen oder auf schriftlichen Antrag. Die Prüfeinleitung bzw. der Antrag ergeht dabei jeweils für die Betriebsstätte einschließlich ihrer Nebenbetriebsstätten.
- (3) Antragsberechtigt sind die KVSA sowie die Krankenkassen und ihre Verbände und ggf. von diesen mit der Antragstellung beauftragte Dritte.
- (4) Gemäß § 106d Abs. 4 S. 3 SGB V können eine Krankenkasse, ihr Verband oder die KVSA nach abgeschlossener Plausibilitätsprüfung bei festgestellter Unplausibilität einen Antrag auf Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach dieser Vereinbarung stellen.
- (5) Der Antrag muss die Prüfarm, den Prüfzeitraum, die Gründe, die zur Antragstellung geführt haben sowie die antragsbegründenden Unterlagen beinhalten.
- (6) Neben der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist auch die Geltendmachung eines sonstigen Schadens möglich, soweit die Einhaltung der Fristen gemäß § 14 Abs. 4 dieser Vereinbarung gewährleistet ist.
- (7) Die Prüfeinleitung von Amts wegen einschließlich der Überschreitungswerte bzw. der Antrag einschließlich der antragsbegründenden Unterlagen ist der KVSA, den Krankenkassen bzw. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, soweit sie nicht Antragsteller sind, sowie dem betroffenen Arzt innerhalb einer Frist von 4 Wochen nach Eingang bei der Prüfungsstelle bekannt zu geben.
- (8) Mit der Bekanntgabe des Antrages und der Einleitung des Prüfverfahrens wird dem Arzt rechtliches Gehör gewährt, indem er um schriftliche Stellungnahme mit einer Frist von mindestens 4 Wochen gebeten wird.
- (9) Im Rahmen seiner Pflicht zur Mitwirkung hat der Arzt der Prüfungsstelle bzw. dem Beschwerdeausschuss auf Anforderung alle zur Prüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung des Verfahrens erforderlich sind.

§ 3 Prüfungsarten

- (1) Die Prüfungsgremien prüfen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch:
 1. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina (Auffälligkeitsprüfung),
 2. Richtgrößenprüfung auf der Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben,
 3. arztbezogene Prüfung ärztlicher und bis 31.12.2016 ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 v. H. der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung),
 4. Prüfung ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise) nach Durchschnittswerten, soweit eine Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nicht durchgeführt werden kann,
 5. Prüfung ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) nach Durchschnittswerten, wenn eine Prüfung auf der Grundlage arzt- und versichertenbezogener Stichproben (der Behandlungsweise) nicht durchgeführt wird,
 6. Einzelfallprüfung,
 7. Prüfung in besonderen Fällen,
 8. Feststellung eines sonstigen Schadens,
 9. Feststellung der Zulässigkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf,
 10. Richtgrößenablösende Prüfung ärztlich verordneter Leistungen.

- (2) Die Vereinbarungspartner können weitere Prüfungsarten oder Prüfungen für andere ärztlich verordnete Leistungen vereinbaren.

§ 4 Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Prüfungsgremien entscheiden darüber, ob die ärztliche Behandlungs- und Verordnungsweise nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse dem Erfordernis der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit genügt. Sie haben die Prüfung nach den für die jeweilige Prüfungsart bestimmten nachstehenden Grundsätzen und Maßstäben vorzunehmen.

- (2) Die Prüfungsgremien entscheiden, ob der Arzt, für den eine Prüfung eingeleitet wurde, gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen ggf. zu treffen sind. Folgende Beschlüsse, Maßnahmen bzw. Verfahrensabschlüsse sind zulässig. Dabei ist zu beachten, dass individuelle Beratungen bei statistischen Prüfungen der Festsetzung weiterer Maßnahmen bei erstmaliger Auffälligkeit vorgehen.
 - a) keine Maßnahme bzw. Einstellung des Verfahrens,
 - b) individuelle Beratung,
 - c) schriftliche Beratung,

- d) Festsetzung von Kürzungen oder Nachforderungen,
- e) Vergleich,
- f) Vereinbarung individueller Richtgrößen.

§ 5 Datenbasis

- (1) Die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen (Auffälligkeitsprüfung), nach Stichproben (Zufälligkeitsprüfung) und nach Durchschnittswerten erfolgt auf der Basis von kassenartenübergreifend zusammengeführten Statistiken gemäß Anlage 6 des Bundesmantelvertrages-Ärzte und §§ 295 bis 297 SGB V. Die Vertragspartner stellen sicher, dass die Daten hierfür der Prüfungsstelle fristgerecht zur Verfügung gestellt werden. Einzelheiten hierzu sowie für die Prüfung verordneter Leistungen nach Wirkstoffauswahl und Wirkstoffmenge regeln die Vertragspartner in Zusammenarbeit mit der Prüfungsstelle in einem technischen Handbuch.
- (2) Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.
- (3) Macht der Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet das jeweilige Prüfungsgremium, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und die Richtigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Belegen, Kopien bzw. Images dieser Belege zu überprüfen ist.
- (4) Fehlerhafte Statistiken sind zu korrigieren. Können keine ordnungsgemäßen Korrekturen vorgenommen werden, wird das Prüfverfahren ohne Maßnahme beendet. Fehlerhafte Statistiken werden nicht zu Lasten des Arztes verwendet.

§ 6 Praxisbesonderheiten und besondere Verordnungsbedarfe

- (1) Bei den Prüfverfahren sind Praxisbesonderheiten bzw. besondere Verordnungsbedarfe sowie kausale Einsparungen zu berücksichtigen, soweit diese aus den Unterlagen oder in sonstiger Weise bekannt sind oder vom betroffenen Arzt nachgewiesen werden. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten bzw. besonderen Verordnungsbedarfen kann nur durch die Prüfungsgremien erfolgen.
- (2) Praxisbesonderheiten sind Gegebenheiten, welche für die Vergleichsgruppe von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungs-kosten hervorrufen. Sie können durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert sein. Die zur Bestimmung von Richtgrößen verwendeten Maßstäbe können zur Feststellung von Praxisbesonderheiten bei der Richtgrößenprüfung nicht erneut herangezogen werden.

- (3) 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. Die Tatsache, dass die Mehrzahl der einer Vergleichsgruppe angehörenden Ärzte eine bestimmte Leistung nicht abgerechnet hat, begründet für die übrigen Ärzte für sich allein noch nicht die Annahme einer Praxisbesonderheit.
- (4) Praxisbesonderheiten (Mehrkosten, die über dem Durchschnitt der vergleichbaren Fachgruppe liegen) gemäß den Anlagen 5 und 6 dieser Vereinbarung (Wirkstoffliste, Indikationsliste) in der für den jeweiligen Prüfzeitraum gültigen Fassung sind im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung von den Prüfungsgremien zu berücksichtigen. Die Prüfungsgremien haben die Listen als Praxisbesonderheiten anzuerkennen und die den Fachgruppenschnitt übersteigenden Kosten der gelisteten Mittel aus dem entsprechenden Verordnungsvolumen vorab, das heißt vor Erstellung der Statistiken, herauszurechnen.
- (5) Die auf Bundesebene von GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung nach § 84 Abs. 8 S. 3 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V vom 12.11.2012 getroffene Vereinbarung bzgl. bundesweiter Praxisbesonderheiten findet für Verordnungen bis 31.12.2016 Anwendung, vgl. Anlage 8, 8.1 und 8.2. Diese bundesweiten Praxisbesonderheiten sind vollumfänglich als solche zu berücksichtigen und sind vorab aus dem Verordnungsvolumen herauszurechnen. Dabei sind die Kosten für Mittel des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V (Anlage 2 der Bundesvereinbarung, entspricht Anlage 8.2 der Prüfvereinbarung) nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Für Verordnungszeiträume ab dem 01.01.2017 gelten die Regelungen der Anlage 2 der am 30.11.2015 vereinbarten Rahmenvorgaben, insbesondere zu den bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfen gemäß Anhang 1 (Anlage 8.1a), sowie die ab dem 01.01.2017 gültige Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V (Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie = Anlage 8.2a). Diese gelten jeweils in ihrer zum Verordnungszeitpunkt aktuell gültigen Fassung. Darüber hinaus können regionale besondere Verordnungsbedarfe vereinbart werden.

- (6) Sobald nach Abschluss eines Verfahrens zur frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V eine Vereinbarung gemäß § 130b Abs. 1 SGB V geschlossen wurde, erkennt die Prüfungsstelle entsprechend § 130b Abs. 2 SGB V diese Arzneimittelverordnungen als Praxisbesonderheiten im Sinne von § 106 Abs. 5a SGB V (ab 01.01.2017 als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 106 bis 106c zu berücksichtigenden Praxisbesonderheiten) 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 S. 7 SGB V zu

hinterlegen. Für den Fall, dass die Anforderungen nicht in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 S. 7 SGB V hinterlegt werden können, informieren die Krankenkassen die Ärzte und die KVSA auf schriftlichem Weg über die Anforderungen.

- (7) Die Prüfungsgremien können über die vorstehend genannten Sachverhalte hinaus andere Gesichtspunkte, die entweder vom Arzt geltend gemacht werden oder von den Prüfungsgremien anhand der vorliegenden Unterlagen als notwendig kostenintensiv eingeschätzt werden, als Praxisbesonderheiten anerkennen.
- (8) Bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens für Heilmittel ist durch die Prüfungsgremien zugunsten des Arztes neben den oben genannten Praxisbesonderheiten bzw. besonderen Verordnungsbedarfen zu berücksichtigen, ob durch veranlasste Leistungen in der ambulanten medizinischen Rehabilitation (ambulante muskuloskeletale Rehabilitation) sowie aufgrund neuer bzw. veränderter Heilmittel-Richtlinie die Grenzwerte des Richtgrößenvolumens überschritten werden.

§ 7

Beratung nach § 106b Abs. 2 S. 3 SGB V in Verbindung mit §§ 4 und 5 der Rahmenvorgaben gemäß § 106b Abs. 2 S. 1 SGB V

- (1) Nach § 106b Abs. 2 S. 3 SGB V ist bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen einer statistischen Prüfung eine individuelle Beratung festzusetzen und durchzuführen. Dies gilt für jeden Verordnungsbereich im Sinne des § 1 Abs. 3 gesondert; jedoch nicht für Prüfungen in besonderen Fällen (§ 13), Feststellungen eines sonstigen Schadens (§ 14) und Feststellungen der Zulässigkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf (§ 15) gemäß § 3 Ziffern 7 bis 9.

Eine erstmalige Auffälligkeit bei statistischen Prüfungen liegt vor, wenn bisher:

- weder eine individuelle Beratung nach § 106b Abs. 2 S. 3 erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,
 - noch eine Nachforderung oder Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist oder
 - eine individuelle Beratung oder eine Nachforderung länger als fünf Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurückliegen.
- (2) Eine Beratung nach Abs. 1 gilt als erfolgt wenn:
 - eine Beratung stattgefunden hat oder
 - die individuelle Beratung durch ein persönliches Gespräch vom Arzt abgelehnt wird oder
 - der Arzt keinen von drei im Abstand von jeweils ca. 2 Wochen nacheinander festgesetzten alternativen Terminen für eine persönliche Beratung

wahrgenommen hat, es sei denn, dem standen gemäß Beurteilung durch die Prüfungsstelle besondere Gründe entgegen.

- (3) Übersteigt das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr bzw. Quartal das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H., aber nicht um mehr als 25 v. H., und geht die Prüfungsstelle auf Grund der vorliegenden Daten davon aus, dass diese Überschreitung nicht in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten und/oder besondere Verordnungsbedarfe bei ab dem 01.01.2017 verordneten Heilmitteln begründet ist, wird eine Beratung analog Abs. 1 über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch die Prüfungsstelle oder durch von ihr beauftragte beratende Ärzte oder andere geeignete Berater durchgeführt.
- (4) Übersteigt das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr bzw. Quartal das Richtgrößenvolumen erstmalig um mehr als 25 v. H., und geht die Prüfungsstelle auf Grund der vorliegenden Daten davon aus, dass diese Überschreitung nicht in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten und/oder besondere Verordnungsbedarfe bei ab dem 01.01.2017 verordneten Heilmitteln begründet ist, wird eine individuelle Beratung nach Abs. 1 über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch die Prüfungsstelle oder durch von ihr beauftragte beratende Ärzte oder andere geeignete Berater durchgeführt.
- (5) Als Prüfmaßnahme festgesetzte Beratungen können frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides erfolgen. Sie sollen innerhalb von 3 Monaten nach Bekanntgabe des Prüfergebnisses durch die Prüfungsstelle erfolgen. Grundlage der Beratungen sind die Übersichten über die vom Arzt im Prüfzeitraum verordneten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können beigezogen werden. Über die durchgeführte Beratung erhalten der Arzt und die Krankenkassen bzw. die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen sowie die KVSA eine Kopie des Ergebnisprotokolls von der Prüfungsstelle.
- (6) Gelangen der betroffene Arzt und der die Beratung Durchführende im Rahmen der Beratung übereinstimmend zu der Einschätzung, dass eine Festsetzung der Beratung nicht hätte erfolgen dürfen, prüft die Prüfungsstelle, ob der Prüfbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen wird. Wird der Bescheid, mit dem die Beratung festgesetzt wurde, rechtskräftig aufgehoben, gilt die Beratung als Maßnahme nach § 106b Abs. 2 S. 3 SGB V als nicht erfolgt.
- (7) Im Rahmen einer individuellen Beratung können Ärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten bzw. besonderen Verordnungsbedarfen bei ab dem 01.01.2017 verordneten Heilmitteln beantragen. Eine solche Feststellung kann auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung einer Nachforderung droht.

§ 8
Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina
(Auffälligkeitsprüfung)

- (1) Die Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina (Richtgrößenprüfung) ist eine Prüfung von Amts wegen. Sie wird für den Zeitraum eines Jahres durchgeführt. Sie kann für den Zeitraum eines vollständigen Quartals durchgeführt werden, wenn dies die Wirksamkeit der Prüfung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erhöht und hierdurch das Prüfungsverfahren vereinfacht wird. Grundlage für die Richtgrößenprüfung sind die für den jeweiligen Prüfzeitraum und die jeweilige Fachgruppe geltenden Richtgrößen.
- (2) In die Richtgrößenprüfung können nur Ärzte einbezogen werden, die einer Arztgruppe zugeordnet sind, für die eine Richtgröße vereinbart wurde. Eine Richtgrößenprüfung bei Arznei- und Verbandmitteln einschließlich Sprechstundenbedarf wird nicht durchgeführt, sofern der Arzt die Ziele entsprechend der für das zu prüfende Jahr gültigen Arzneimittelvereinbarung erfüllt hat. Eine Richtgrößenprüfung bei Heilmitteln wird nicht durchgeführt, sofern der Arzt die Ziele entsprechend der für das zu prüfende Jahr gültigen Heilmittelvereinbarung erfüllt hat.
- (3) Eine Richtgrößenprüfung für den Zeitraum eines Jahres kann nur für Ärzte erfolgen, deren Betriebsstätte während des gesamten Kalenderjahres unter derselben Betriebsstättennummer bestanden hat. Sofern während des Kalenderjahres ein Wechsel in der ärztlichen Besetzung der Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte stattgefunden hat, ist dies durch die Prüfungsstelle bei der Prüfung zu berücksichtigen.
Für Ärzte, die nicht in jedem Quartal des Prüfzeitraums tätig waren, kann eine quartalsmäßige Prüfung erfolgen. Für Ärzte, die nicht in jedem Quartal des Prüfzeitraumes unter derselben Betriebsstättennummer tätig waren, kann eine quartalsmäßige Prüfung erfolgen. Prüfungen erfolgen nur für vollständige Quartale. Verordnungen von Nebenbetriebsstätten werden der Hauptbetriebsstätte zugeordnet.
- (4) Richtgrößenprüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als 5 v. H. der Ärzte durchgeführt werden.
- (5) Soweit eine Richtgrößenprüfung gemäß Abs. 1 nicht durchgeführt werden kann, weil die Richtgrößenvereinbarung nicht fristgemäß zustande gekommen ist oder diese unwirksam ist, prüft die Prüfungsstelle auf der Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben zu der Prüfung der Richtgrößen. Für Ärzte, die keine Richtgröße haben, findet eine Durchschnittswertprüfung nach § 11 statt.
- (6) Als Vergleichsgruppe für die Auswertungen ist grundsätzlich eine an den Gebieten der Weiterbildungsordnung orientierte Arztgruppe zu verwenden. Als Vergleichsebene gilt die Landesebene. Sofern die Prüfungsgremien für die Prüfung die Festlegung anderer Vergleichsgruppen für notwendig erachten, legen sie diese im Einzelfall fest.

- (7) Basis für die Richtgrößenprüfung ist das Vorliegen der entsprechenden arztbezogenen Verordnungskostenstatistik über das verursachte Ist-Verordnungsvolumen (Brutto) für Arznei- und Verbandmittel einschließlich Sprechstundenbedarf einerseits sowie für Heilmittel andererseits ins Verhältnis gesetzt zum jeweiligen Richtgrößenvolumen.

Dabei unterliegen die Kosten für im Sprechstundenbedarf getätigte Verordnungen für Hilfsmittel (Kennzeichnung 7 und 9) sowie für Impfstoffe (Kennzeichnung 8 und 9) nicht der Prüfung und sind deshalb aus den Verordnungskosten herauszurechnen.

- (8) Festlegungen zu Inhalt, Struktur und Zeitpunkten zu den für die Prüfungen notwendigen Datenlieferungen werden von den Vertragspartnern gesondert getroffen.
- (9) Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V sind arztbezogen abzuziehen. Näheres zum Verfahren bei Rabattverträgen regeln die Anlagen 3 bzw. 3a und 4.
- (10) Im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung sollen insbesondere auch Ärzte geprüft werden, deren ärztlich verordnete Leistungen in bestimmten Anwendungsgebieten deutlich von der Fachgruppe abweichen sowie insbesondere auch verordnete Leistungen von Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 Arzneimittelgesetz beteiligt sind.
- (11) Die Methode zur Berechnung der Richtgrößenvolumina und zur Feststellung von Überschreitungen sowie deren Höhe ist in Anlage 3 bzw. 3a geregelt.
- (12) Die Richtgrößenprüfung wird getrennt nach Arznei- und Verbandmitteln, Sprechstundenbedarf einerseits sowie nach Heilmitteln andererseits durchgeführt.
- (13) Die Prüfungsstelle führt nach Auswertung der kassenartenübergreifenden Verordnungskostenstatistiken bei Ärzten, deren Verordnungsvolumen das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. übersteigt, eine Vorab-Prüfung durch. Geht die Prüfungsstelle auf Grund der vorliegenden Daten nicht davon aus, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten und/oder besondere Verordnungsbedarfe bei ab dem 01.01.2017 verordneten Heilmitteln begründet ist, führt sie eine Richtgrößenprüfung unter Beachtung der übrigen Regelungen dieses Paragraphen durch.
- (14) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist auch die Einhaltung der für verordnete Leistungen anwendbaren Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 SGB V zu prüfen.
- (15) Ergibt die Prüfung auch nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten und/oder besonderen Verordnungsbedarfen bei ab dem 01.01.2017 verordneten Heilmitteln eine Überschreitung des Soll-Verordnungsvolumens (Brutto) um mehr als 25 v. H., setzt die Prüfungsstelle den Nachforderungsbetrag vorläufig fest. Bei einer erstmaligen Festsetzung einer Nachforderung ist der Betrag auf insgesamt 25.000,00 Euro für die ersten beiden Jahre, in denen ein Mehraufwand zu erstatten ist, zu begrenzen. Eine

Festsetzung einer Nachforderung kann erstmals für Prüfzeiträume nach der durchgeführten bzw. durch den Arzt abgelehnten Beratung gemäß § 7 Abs. 1 und 2 erfolgen. Maßgeblich für alle weiteren möglichen Maßnahmen ist der Netto-Nachforderungsbetrag. Eine Nachforderung kann nicht festgesetzt werden, wenn der errechnete Betrag nicht mindestens 150,00 Euro Netto beträgt.

- (16) Die Berechnungsvorschrift für die Ermittlung der Netto-Nachforderungen ist in Anlage 4 geregelt.
- (17) Ein vom Arzt zu erstattender Nachforderungsbetrag wird abweichend von Abs. 15 nicht festgesetzt, soweit die Prüfungsstelle im Rahmen einer Vereinbarung mit einem Arzt eine individuelle Richtgröße bzw. Richtgrößen vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleisten. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße bzw. Richtgrößen sind für den Zeitraum von 4 Quartalen in der Regressablösevereinbarung zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu nichts anderes vereinbart ist. Es kann auch eine Zielvereinbarung nach § 84 Abs. 1 Nr. 2 SGB V als individuelle Richtgröße vereinbart werden, soweit darin hinreichend konkrete und ausreichende Wirtschaftlichkeitsziele für einzelne Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen festgelegt sind.
- (18) Vor einer endgültigen Nachforderungsentscheidung soll die Prüfungsstelle dem Arzt anbieten, über die Minderung der Nachforderungssumme um bis zu einem Fünftel eine verbindliche und damit unanfechtbare schriftliche Vereinbarung zu treffen. Kommt eine entsprechende Vereinbarung nicht zustande, erlässt die Prüfungsstelle nach Aufrechnung der Werte der vom Arzt im Prüfzeitraum getätigten Verordnungen einen Bescheid.
- (19) Die Festsetzung eines den Krankenkassen zu erstattenden Mehraufwands muss innerhalb von 2 Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraums erfolgen. Der entsprechende Prüfbescheid ist innerhalb des genannten Zeitraumes an die Verfahrensbeteiligten zu versenden.
- (20) Die gemäß § 8 der Geschäftsordnung der Prüfungsstelle bzw. gemäß § 8 Abs. 2 der Geschäftsordnung des Beschwerdeausschusses beschlossenen Beratungen werden innerhalb von 3 Monaten nach Bekanntgabe des Bescheides durchgeführt. Grundlage der Beratungen sind die Übersichten über die vom Arzt im Prüfzeitraum verordneten oder veranlassten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können einbezogen werden.
- (21) Die für die Beratungen vorgesehenen Unterlagen sollen dem betroffenen Arzt in der Regel mindestens 2 Wochen vor Durchführung der Beratung übersandt werden. Über die durchgeführte Beratung erhalten der Arzt sowie die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatzkassenverband und die KVSA ein Ergebnisprotokoll.

- (22) Wird durch die Prüfungsstelle Unwirtschaftlichkeit bei einem erstmals zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassenen Arzt innerhalb der ersten acht vollständigen Abrechnungsquartale festgestellt, ist lediglich eine Beratung gemäß Abs. 20 durchzuführen. Die Beratung ist nicht als Maßnahme zu werten.

§ 9

Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten

- (1) Wenn eine Stichprobenprüfung gemäß § 16 der ärztlichen Behandlungsweise nicht durchgeführt wird, prüft die Prüfungsstelle nach Auswertung der Abrechnungsunterlagen und Antragstellung der Antragsberechtigten die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise quartalsweise nach Durchschnittswerten.
- (2) Als Vergleichsgruppe für die Auswertungen ist grundsätzlich eine an den Gebieten der Weiterbildungsordnung orientierte Arztgruppe zu verwenden. Als Vergleichsebene gilt die Landesebene. In der Fachgruppe der Internisten ist zwischen hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten zu unterscheiden.
- (3) Sofern die Prüfungsgremien (Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss gemeinsam) für die Prüfung die Festlegung anderer Vergleichsgruppen (z. B. bei der Prüfung von Medizinischen Versorgungszentren) für notwendig erachten, legen diese im Einzelfall eine entsprechende Vergleichsgruppe fest.
- (4) Bei der Ermittlung der Fallwerte des Arztes ist die Fallzahl der entsprechenden Leistungsart zugrunde zu legen. Für die Prüfung ärztlicher Leistungen gelten bei dem Vergleich der Fallwerte des Arztes insgesamt, nach Leistungssparten bzw. nach Einzelleistungen mit den entsprechenden Fallwerten seiner Vergleichsgruppe bei arithmetischer Berechnung der Vergleichswerte folgende Überschreitungen als Kriterien für die Einbeziehung in die Prüfung:
 1. Honorarabrechnungen, deren Gesamtfallwert den Fallwert der Vergleichsgruppe (Fachgruppenn Durchschnitt) um mehr als 30 v. H. überschreitet und/oder
 2. Honorarabrechnungen, bei denen in den einzelnen Leistungssparten der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 60 v. H. überschritten wird und/oder
 3. Honorarabrechnungen, bei denen in einzelnen Leistungen der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 100 v. H. überschritten wird.
- (5) Zur Errechnung der Vergleichswerte ist zusätzlich eine Gewichtung vorzunehmen. Dabei ist die gewichtete Abweichung die Differenz zwischen der tatsächlichen Abrechnungssumme des einzelnen Arztes und der Abrechnungssumme, die sich ergibt, wenn die Fallzahlen des einzelnen Arztes, getrennt nach Versichertengruppen, mit dem durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe multipliziert und diese Ergebnisse addiert werden. Die gewichtete Abweichung wird in v.H. ausgewiesen.
- (6) Die im Antrag anzugebende Prüfungsart richtet sich auch nach der Fallzahl des betroffenen Arztes. Ein Arzt, dessen Fallzahl in dem zu prüfenden Quartal nicht

mindestens 20 v. H. der durchschnittlichen Fallzahl seiner Vergleichsgruppe beträgt, ist von der Prüfungsart nach Durchschnittswerten auszuschließen. Für diese Ärzte und Ärzte mit einer Fallzahl unter 100 bzw. ermächtigte Ärzte und Einrichtungen mit einer Fallzahl unter 50 kann eine Einzelfallprüfung nach § 12 durchgeführt werden.

- (7) In die Prüfung sind Ärzte nicht einzubeziehen, bei denen die Abweichungen nach Abs. 4 durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt sind. Gelangt die Prüfungsstelle zu dem Ergebnis, dass eine Praxisbesonderheit vorliegt, ist das Ausmaß in Euro zu bestimmen und auf den Fallwert derart umzurechnen, dass ein neuer, bereinigter Fallwert gebildet wird. Der bereinigte Fallwert ist mit dem Gruppenfallwert zu vergleichen. Liegt noch ein offensichtliches Missverhältnis vor, so ist der bereinigte Fallwert einer etwaigen Honorarkürzung zu Grunde zu legen. Gezielte Beratungen sollen jedoch weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Eine Honorarkürzung kann nicht beschlossen werden, wenn der errechnete Kürzungsbetrag je Antrag bei der Prüfung einzelner Leistungen nicht mindestens 250,00 Euro, einer Leistungssparte nicht mindestens 500,00 Euro und des Gesamthonorars nicht mindestens 1.000,00 Euro beträgt.
- (8) Als Prüfmaßnahme aus Prüfungen können die Prüfungsgremien Beratungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung beschließen. Diese Beratungen werden nach Vorgabe der Prüfungsgremien durch die Prüfungsstelle, durch von ihr beauftragte beratende Ärzte oder andere geeignete Berater grundsätzlich innerhalb von 3 Monaten nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes durchgeführt. Grundlage der Beratungen sind die Übersichten über die vom Arzt im Prüfzeitraum abgerechneten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können einbezogen werden. Über die durchgeführte Beratung erhalten der Arzt und die Krankenkassen bzw. die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen sowie die KVSA eine Kopie des Ergebnisprotokolls von der Prüfungsstelle.
- (9) Die für die Beratungen vorgesehenen Unterlagen sollen dem betroffenen Arzt in der Regel mindestens 2 Wochen vor Durchführung der Beratung übersandt werden.
- (10) Wird durch die Prüfungsstelle bei einem erstmals zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassenen Arzt innerhalb der ersten vier vollständigen Abrechnungsquartale Unwirtschaftlichkeit festgestellt, ist lediglich eine Beratung gemäß Abs. 8 durchzuführen. Diese Beratung ist nicht als Maßnahme zu werten.
- (11) Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzunehmen. Wiederholt festgestellte Unwirtschaftlichkeit liegt i. d. R. dann vor, wenn im Rahmen von Durchschnittsprüfungen für mindestens fünf aufeinander folgende Quartale Wirtschaftlichkeitsprüfungen für denselben Prüfbereich durchgeführt sind und die Überschreitung nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten im offensichtlichen Missverhältnis zum gewichteten Fallwert der Fachgruppe steht.
- (12) Die Prüfungsstelle informiert die KVSA und die Krankenkassen über fortgesetzte nachgewiesene Unwirtschaftlichkeit in der Behandlungsweise eines

Arztes. Fortgesetzte Unwirtschaftlichkeit liegt vor, wenn der Arzt trotz rechtskräftig festgestellter Unwirtschaftlichkeit über mindestens sechs zusammenhängende Folgequartale keine Änderung des Abrechnungsverhaltens erkennen lässt. Die KVSA informiert die Prüfungsstelle sowie die Krankenkassen darüber, ob der Vorstand der KVSA gegenüber dem betroffenen Arzt Maßnahmen ergreifen wird sowie ggf. über das Ergebnis dieser Maßnahmen.

§ 10

Richtgrößenablösende Prüfung ärztlich verordneter Leistungen

- (1) Bis zum 30.09.2017 (ggf. bis zum 31.12.2017) sollen die erforderlichen Voraussetzungen zur Einführung einer alternativen Prüfungsart (z. B. Wirkstoffprüfung) zur Ablösung der Richtgrößenprüfung gem. § 8 geschaffen werden. Näheres zu der richtgrößenablösenden Prüfungsart wird in Anlage 1 zu dieser Prüfvereinbarung geregelt.
- (2) Für im Jahr 2017 getätigte Verordnungen wird als statistische Verordnungsprüfung weiterhin die Richtgrößenprüfung gem. § 8 durchgeführt. Sofern bis zum 31.12.2017 keine Regelungen zur Umsetzung der alternativen Prüfungsart nach Abs. 1 für ab 2018 zu tätige Verordnungen getroffen werden, gelten bis zur Einführung der alternativen Prüfungsart die Regelungen zur Richtgrößenprüfung unverändert fort.

§ 11

Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten

- (1) Soweit eine Richtgrößenprüfung gemäß § 8 dieser Vereinbarung nicht durchgeführt werden kann, prüft die Prüfungsstelle nach Auswertung der Verordnungsstatistiken und Antragstellung durch die Antragsberechtigten gemäß § 2 Abs. 3 die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise bei Arznei- und Verbandmitteln, Heilmitteln sowie beim Sprechstundenbedarf quartalsweise nach Durchschnittswerten. Eine Prüfung nach Durchschnittswerten bei Arzneimitteln (einschließlich Verbandmitteln) wird nicht durchgeführt, sofern der Arzt die Ziele entsprechend der für das zu prüfende Jahr gültigen Arzneimittelvereinbarung erreicht hat. Eine Prüfung nach Durchschnittswerten bei Heilmitteln wird nicht durchgeführt, sofern der Arzt die Ziele entsprechend der für das zu prüfende Jahr gültigen Heilmittelvereinbarung erreicht hat.
- (2) Als Vergleichsgruppe für die Auswertungen ist grundsätzlich eine an den Gebieten der Weiterbildungsordnung orientierte Arztgruppe zu verwenden. Als Vergleichsebene gilt die Landesebene. Sofern die Prüfungsgremien für die Prüfung die Festlegung anderer Vergleichsgruppen (z. B. bei der Prüfung von Medizinischen Versorgungszentren) für notwendig erachten, legen sie diese im Einzelfall fest.
- (3) Eine Prüfung erfolgt nur bei Ärzten, deren Fallwert den entsprechenden Fallwert der Vergleichsgruppe erstmals um mindestens 60 v. H. oder innerhalb eines

Zeitraumes von vier Quartalen mehr als einmal um mindestens 40 v. H. überschreitet.

- (4) Zur Errechnung der Vergleichswerte ist zusätzlich eine Gewichtung vorzunehmen. Dabei ist die gewichtete Abweichung die Differenz zwischen der tatsächlichen Verordnungskostensumme des einzelnen Arztes und der Verordnungskostensumme, die sich ergibt, wenn die Fallzahlen des einzelnen Arztes, getrennt nach Versichertengruppen, mit dem durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe multipliziert und diese Ergebnisse addiert werden. Die gewichtete Abweichung wird in v. H. ausgewiesen.
- (5) Die Prüfungsart richtet sich auch nach der Fallzahl des betroffenen Arztes. Ein Arzt, dessen Fallzahl in dem zu prüfenden Quartal nicht mindestens 20 v. H. der durchschnittlichen Fallzahl seiner Vergleichsgruppe beträgt, ist von der Prüfungsart nach Durchschnittswerten auszuschließen. Für diese Ärzte und Ärzte mit einer Fallzahl unter 100 bzw. ermächtigte Ärzte und Einrichtungen mit einer Fallzahl unter 50 kann bei Auffälligkeiten eine Einzelfallprüfung nach § 12 durchgeführt werden.
- (6) Bei der Prüfung des Sprechstundenbedarfs sind mindestens drei Vorquartale zum Vergleich heranzuziehen. Der Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen oder eines von ihnen beauftragten Dritten wird im Namen aller Krankenkassen gestellt und wirkt für alle an der Sprechstundenbedarfsvereinbarung beteiligten Krankenkassen. Abs. 4 findet für die Prüfung des Sprechstundenbedarfs keine Anwendung. § 8 Abs. 7 S. 2 ist analog anzuwenden.
- (7) Der Nachweis der Verordnungskosten im Rahmen der Prüfung nach Durchschnittswerten erfolgt auf der Grundlage der gelieferten Daten.
- (8) In die Prüfung sind Ärzte nicht einzubeziehen, bei denen die Abweichung vom Fallwert der Vergleichsgruppe durch Praxisbesonderheiten bzw. besondere Verordnungsbedarfe gemäß § 6 gerechtfertigt sind. Gelangt die Prüfungsstelle zu dem Ergebnis, dass eine Praxisbesonderheit vorliegt, ist das Ausmaß in Euro zu bestimmen und auf den Fallwert derart umzurechnen, dass ein neuer, bereinigter Fallwert gebildet wird. Der bereinigte Fallwert ist mit dem Gruppenfallwert zu vergleichen. Liegt noch ein offensichtliches Missverhältnis vor, so ist der bereinigte Fallwert einer etwaigen Nachforderung zu Grunde zu legen. Gezielte Beratungen sollen jedoch weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Eine Nachforderung kann nicht beschlossen werden, wenn der errechnete Betrag nicht mindestens 150,00 Euro Netto beträgt.
- (9) Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Nachforderungen festzusetzen. Wiederholt festgestellte Unwirtschaftlichkeit liegt i. d. R. dann vor, wenn
 1. im Rahmen von Durchschnittsprüfungen für mindestens fünf aufeinander folgende Quartale Wirtschaftlichkeitsprüfungen für denselben Prüfbereich durchgeführt und

2. die Überschreitung nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten im offensichtlichen Missverhältnis zum gewichteten Fallwert der Fachgruppe steht und
 3. mindestens zwei Nachforderungen dieser Prüfungen auf dem gleichen Sachverhalt bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln oder Sprechstundenbedarf oder Heilmitteln beruhen.
- (10) Beratungen, die durch die Prüfungsstelle als Maßnahme beschlossen wurden, werden nach den Vorgaben der Prüfungsgremien durch die Prüfungsstelle, durch von ihr beauftragte beratende Ärzte oder andere geeignete Berater grundsätzlich innerhalb von 3 Monaten nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes durchgeführt. Grundlage der Beratungen sind die Übersichten über die vom Arzt im Prüfzeitraum verordneten oder veranlassten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können einbezogen werden. Über die durchgeführte Beratung erhalten der Arzt und die Krankenkassen bzw. die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen sowie die KVSA eine Kopie des Ergebnisprotokolls von der Prüfungsstelle.
- (11) Die für die Beratungen vorgesehenen Unterlagen sollen dem betroffenen Arzt mindestens 2 Wochen vor Durchführung der Beratung übersandt werden.
- (12) Wird durch die Prüfungsstelle Unwirtschaftlichkeit bei einem erstmals zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassenen Arzt innerhalb der ersten acht vollständigen Abrechnungsquartale festgestellt, ist lediglich eine Beratung gemäß Abs. 10 durchzuführen.

§ 12

Quartalsbezogene Einzelfallprüfung

- (1) Bei einer Fallzahl von unter 100 Fällen pro Quartal bei niedergelassenen Ärzten bzw. unter 50 Fällen pro Quartal bei ermächtigten Ärzten kann bei vermuteter Unwirtschaftlichkeit eine Einzelfallprüfung durchgeführt werden. Eine Einzelfallprüfung beinhaltet die Prüfung einer Auswahl von Fällen auf ihre Wirtschaftlichkeit.
- (2) Die Einzelfallprüfung der Behandlungs- und/oder Ordnungsweise eines Arztes kann beantragt werden, wenn eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 3 Nrn. 1 - 5 und 10 im gleichen Abrechnungszeitraum jeweils nicht erfolgen kann und Auffälligkeiten eine unwirtschaftliche Behandlungs- oder Ordnungsweise vermuten lassen. Prüfungen bzw. Feststellungen nach § 3 Nrn. 7 - 9 bleiben davon unberührt.

§ 13

Prüfung in besonderen Fällen

- (1) Auf Antrag der KVSA oder einer Krankenkasse prüft die Prüfungsstelle, ob der Arzt durch veranlasste oder verordnete oder selbst erbrachte Leistungen im einzelnen Behandlungs- bzw. Ordnungsfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat. Es können gemäß § 1 Abs. 3 alle

Bereiche ärztlich verordneter Leistungen gemäß § 73 Abs. 2 SGB V im Einzelfall geprüft werden. Dem Antrag sind eine Begründung der Antragstellung und die zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen beizufügen.

- (2) Der Antrag soll unbeschadet der gesetzlichen Ausschlussfrist innerhalb von 12 Monaten nach Ablauf des Behandlungsquartals, in dem die Leistung erbracht bzw. die Verordnung ausgestellt wurde, bei der Prüfungsstelle vorliegen. Der vermutete Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot muss mindestens 50,00 Euro Netto je Arzt und Quartal betragen. Der betroffene Arzt und die KVSA sind durch die Prüfungsstelle über den Antrag in Kenntnis zu setzen. Hält der Arzt den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit für unberechtigt, reicht er eine Stellungnahme bei der Prüfungsstelle ein. Die Prüfungsstelle übermittelt die ärztliche Stellungnahme der KVSA zur Kenntnis sowie dem Antragsteller zur Kenntnis und Überprüfung des Antrags. Die Stellungnahme ist bei der Entscheidung durch die Prüfungsgremien zu bewerten. Sollten im laufenden Verfahren Anträge teilweise zurückgezogen werden, gilt für die aufrecht erhaltenen Teile der Anträge Abs. 3 entsprechend.

Erkennt der Arzt den Rückforderungsanspruch lt. Antrag an, muss keine Prüfung gemäß Abs. 3 durchgeführt werden, sofern der Arzt bei Antragstellung darauf hingewiesen wurde. Von einer Anerkennung des Antrages kann ebenfalls ausgegangen werden, wenn der Arzt innerhalb der ihm gesetzten Frist keine Stellungnahme einreicht. Sollte die Stellungnahme bis zu 4 Monaten nach dem Buchungsdatum nachgereicht werden, ist gemäß Abs. 3 zu verfahren.

- (3) Über die Anträge entscheidet die Prüfungsstelle grundsätzlich innerhalb von 3 Monaten. Sie entscheidet, ob und in welcher Höhe Unwirtschaftlichkeit besteht. Dabei ist die Gesamtwirtschaftlichkeit des Falles zu bewerten. Lässt sich die Höhe der Unwirtschaftlichkeit nicht eindeutig feststellen, bestimmt die Prüfungsstelle den Umfang nach gewissenhafter Schätzung. Die Grundlagen bzw. Maßstäbe für eine vorgenommene Schätzung sind im Bescheid darzulegen. Der begründete und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehene Bescheid ist dem Arzt, dem Antragsteller und der KVSA zu übermitteln. Liegt der festgestellte und beschiedene unwirtschaftliche Betrag unter 30,00 Euro Netto je Antrag und Quartal, wird der Anspruch von der antragstellenden Krankenkasse nicht geltend gemacht.

§ 14

Feststellung eines sonstigen Schadens

- (1) Die Feststellung eines sonstigen einer Krankenkasse entstandenen Schadens regelt sich nach den Bestimmungen des § 48 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Gemäß § 48 BMV-Ä Abs. 1 wird der sonstige durch einen Arzt verursachte Schaden, der einer Krankenkasse aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die durch das Gesetz oder die Richtlinien nach § 92 SGB V aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind oder aus der fehlerhaften Ausstellung von

Bescheinigungen entsteht, durch die Prüfungseinrichtungen nach § 106 (ab 01.01.2017 § 106c Abs. 1) SGB V festgestellt.

- (2) Durch den Antrag muss mindestens ein Schaden in Höhe von 50,00 Euro Netto je Arzt und Quartal geltend gemacht werden, er muss konkrete Angaben zur Art und zur Höhe des Schadens enthalten und ist von der Krankenkasse bei der Prüfungsstelle zu stellen. Der betroffene Arzt und die KVSA sind darüber in Kenntnis zu setzen. Hält der Arzt den Schadenersatzanspruch für unberechtigt, reicht er eine Stellungnahme bei der Prüfungsstelle ein. Die Prüfungsstelle übermittelt die ärztliche Stellungnahme der KVSA zur Kenntnis sowie dem Antragsteller zur Kenntnis und Überprüfung des Antrags. Die Stellungnahme ist bei der Entscheidung durch die Prüfungsgremien zu bewerten. Sollten im laufenden Verfahren Anträge teilweise zurückgezogen werden, gelten für die aufrecht erhaltenen Teile der Anträge die Abs. 3 und 5 entsprechend.

Erkennt der Arzt den Rückforderungsanspruch lt. Antrag an, muss keine Prüfung gemäß Abs. 5 durchgeführt werden, sofern der Arzt bei Antragstellung darauf hingewiesen wurde. Von einer Anerkennung des Antrages kann ebenfalls ausgegangen werden, wenn der Arzt innerhalb der ihm gesetzten Frist keine Stellungnahme einreicht. Sollte die Stellungnahme bis zu 4 Monaten nach dem Buchungsdatum nachgereicht werden, ist gemäß Abs. 5 zu verfahren.

- (3) Von der Prüfungsstelle festgestellte und beschiedene Schadensbeträge von weniger als 30,00 Euro Netto je Quartal und Antrag werden von der antragstellenden Krankenkasse nicht geltend gemacht.
- (4) Der begründete Antrag zur Geltendmachung des sonstigen Schadens bei der Prüfungsstelle soll unbeschadet der gesetzlichen Ausschlussfrist innerhalb von 12 Monaten nach Ablauf des Quartals gestellt werden, in dem die Verordnung ausgestellt wurde. Sollte im Rahmen eines laufenden Wirtschaftlichkeitsprüfverfahrens oder parallel dazu festgestellt werden, dass ein sonstiger Schaden im Sinne des BMV-Ä vorliegt, muss dieser Schaden innerhalb der o. g. Fristen bei der Prüfungsstelle beantragt werden.
- (5) Die Prüfungsstelle entscheidet innerhalb der Frist des § 13 Abs. 3 darüber, ob und in welcher Höhe der Krankenkasse durch die Verordnung des Arztes ein zu ersetzender Schaden entstanden ist. Der begründete und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehene Bescheid ist dem Arzt, dem Antragsteller und der KVSA zu übermitteln.
- (6) Abweichend von den Abs. 1-2 entscheidet in den Fällen, in denen eine Krankenkasse einen Schaden geltend macht, der ihr dadurch entstanden ist, dass sie der Arzt auf den Abrechnungs- oder Verordnungsunterlagen fälschlich als Kostenträger angegeben hat, gemäß § 48 Abs. 3 BMV-Ä die Kassenärztliche Vereinigung. Solche Anträge sind gesondert bei der KVSA gemäß der Antragsfrist nach Abs. 4 S. 1 einzureichen. Die hierfür genannte Mindestschadenshöhe von 30,00 Euro kann nicht in die Mindestschadenshöhe für einen Antrag nach Abs. 2 einbezogen werden. Weitere bundesmantelvertragliche Regelungen des § 48 sind zu beachten.

§ 15

Feststellung der Zulässigkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf

- (1) Auf einen mit einer schriftlichen Begründung versehenen Antrag der den Sprechstundenbedarf im betreffenden Prüfquartal abrechnenden Stelle prüft die Prüfungsstelle auf der Grundlage der für Sachsen-Anhalt jeweils gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung einschließlich ihrer Anlage, ob der Arzt andere als dort aufgeführte zulässig zu verordnende Mittel verordnet hat. Darüber hinaus kann eine Prüfung über die Einhaltung des Verordnungsweges bzgl. der Berücksichtigung von Ausschreibungsverfahren der Krankenkassen erfolgen. Dieses setzt voraus, dass die Ärzte von den Krankenkassen vor Beginn des Wirksamwerdens der Ausschreibung informiert werden und der Ausschreibungsgewinner die Versorgung vollumfänglich sicherstellt. Die Information über den/die Ausschreibungsgewinner erfolgt zeitnah nach Zuschlagserteilung.
- (2) Der Antrag soll unbeschadet der gesetzlichen Ausschlussfrist innerhalb von 12 Monaten nach Ablauf des Quartals, in dem die Verordnung ausgestellt wurde, bei der Prüfungsstelle eingegangen sein. Anträge auf Erstattung wegen der Unzulässigkeit der Verordnung als Sprechstundenbedarf mit einem errechneten Betrag unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze von 30,00 Euro Netto je Arzt und Quartal werden nicht gestellt.
- (3) Die Prüfungsstelle übermittelt den Antrag dem betroffenen Arzt zur Stellungnahme und der KVSA zur Kenntnis. Die Stellungnahme des Arztes ist bei der Entscheidung durch die Prüfungsstelle zu berücksichtigen.

Erkennt der Arzt den Rückforderungsanspruch lt. Antrag an, muss keine Prüfung gemäß Abs. 4 durchgeführt werden, sofern der Arzt bei Antragstellung darauf hingewiesen wurde. Von einer Anerkennung des Antrages kann ebenfalls ausgegangen werden, wenn der Arzt innerhalb der ihm gesetzten Frist keine Stellungnahme einreicht. Sollte die Stellungnahme bis zu 4 Monaten nach dem Buchungsdatum nachgereicht werden, ist gemäß Abs. 4 zu verfahren.

- (4) Die Prüfungsstelle entscheidet innerhalb der Frist des § 13 Abs. 3 darüber, ob der Arzt das beantragte Mittel unzulässig als Sprechstundenbedarf verordnet hat und setzt in diesem Fall die entsprechende Nachforderung fest. Der begründete und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehene Bescheid ist dem Arzt, dem Antragsteller und der KVSA zu übermitteln.

§ 16

Prüfung auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)

- (1) Die Zufälligkeitsprüfung nach Stichproben erfolgt für bis zum 31.12.2016 erbrachte ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen gemäß § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V (in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) sowie für ab dem 01.01.2017 abgerechnete ärztliche Leistungen gemäß § 106a SGB V (in der ab

dem 01.01.2017 gültigen Fassung) durch die Prüfung der in die Auswahl einzubeziehenden Ärzte, die nach einem Zufallsprinzip ermittelt werden.

- (2) Die Höhe der Stichprobe beträgt insgesamt arztgruppen- und versichertenbezogen mindestens 2 v. H. der Ärzte je Quartal. Sie ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen.
- (3) Das Nähere zu Inhalt, Beurteilungsgegenständen und Durchführung der Stichprobenprüfung regeln die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband vereinbarten Richtlinien. Das sich hieraus für die Landesebene Ergebende ist in Anlage 7 bzw. Anlage 7a geregelt.

§ 17 Verfahrensgrundsätze

- (1) Über die Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung von Amts wegen oder auf Antrag sind die Verfahrensbeteiligten zu informieren, soweit sie nicht selbst Antragsteller sind. Der Arzt ist auf die Möglichkeit der Stellungnahme innerhalb einer Frist von 4 Wochen hinzuweisen.
- (2) Erfolgt bei Prüfungen auf Antrag gemäß § 3 Ziffern 6-9 ein fehlerhafter Bezug zur Prüfvereinbarung, stellt die Prüfungsstelle die adäquate Zuordnung der Bearbeitung zur zutreffenden und prüfvereinbarungskonformen Prüfungsart sicher.
- (3) Gegen einen Bescheid der Prüfungsstelle können innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Beschlusses sowohl der betroffene Arzt, die KVSA, die Verbände der Krankenkassen als auch die betroffene Krankenkasse bzw. ein mit der Antragstellung beauftragter Dritter schriftlich oder zur Niederschrift bei der Prüfungsstelle Widerspruch einlegen. S. 1 gilt nicht in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind. Gegen die zuletzt genannten Entscheidungen der Prüfungsstelle besteht die Möglichkeit, Klage beim Sozialgericht zu erheben. Die jeweils zuständige Behörde ist in der Rechtsbehelfsbelehrung des Prüfbescheides auszuweisen. Der Arzt, die KVSA, die Verbände der Krankenkassen bzw. die Krankenkasse sind über die Erhebung von Widerspruch und Klage umgehend in Kenntnis zu setzen, sofern sie diese nicht selbst erhoben haben.
- (4) Der Beschwerdeausschuss soll über den Widerspruch innerhalb von fünf Monaten nach Ablauf der Widerspruchsfrist entscheiden. Er erteilt dem Widerspruchsführer und den anderen Verfahrensbeteiligten über die getroffene Entscheidung/das Verfahrensergebnis einen schriftlichen Bescheid bzw. versendet stattdessen das Protokoll über einen mit dem Arzt getroffenen Vergleich oder eine mit dem Arzt geschlossene Vereinbarung über individuelle Richtgrößen.
- (5) Näheres regeln die Geschäftsordnungen der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses.

- (6) Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der jeweiligen Instanz gilt mit der Bekanntgabe des Bescheides bzw. des Verfahrensergebnisses als beendet.
- (7) Bei der Festsetzung von Kürzungen oder Nachforderungen ist zu berücksichtigen, dass der Arzt durch parallel durchgeführte Prüfungen nicht für denselben Sachverhalt unzulässig doppelt belastet wird.
- (8) Wurde für einen Arzt ein Insolvenzverfahren eröffnet, so darf ab diesem Zeitpunkt und bis zum Ende des Insolvenzverfahrens kein neues Prüfverfahren mehr gemäß § 2 eingeleitet werden. Es kann stattdessen eine schriftliche Beratung durch die Prüfungsstelle erfolgen oder die Inanspruchnahme einer persönlichen Beratung empfohlen werden. Diese Beratung ist nicht als Maßnahme zu werten.
- (9) Die Bestimmungen des Datenschutzes des Landes Sachsen-Anhalt (DSG LSA) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie sonstiger geltender Datenschutzbestimmungen sind uneingeschränkt zu beachten.

§ 18

Vollstreckung der Entscheidungen

- (1) Die Prüfungsstelle übersendet der KVSA und den einzelnen Krankenkassen zum Zwecke der Vollstreckung der durch die Prüfungsgremien getroffenen Entscheidungen alle jeweils aktuell rechtskräftig gewordenen Nachforderungs- und Kürzungsbeschlüsse unter Mitteilung der auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden anteiligen Ansprüche an der Gesamtforderung jeweils bis zum Ende des 2. Kalendermonats eines Quartals. Der auf die einzelnen Krankenkassen entfallende Anteil richtet sich nach der für den jeweiligen Prüfzeitraum gültigen Aufteilung entsprechend der auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Behandlungsfallzahlen des Arztes im Prüfzeitraum. Eine Aufteilung der Ansprüche auf die Krankenkassen ist nicht erforderlich, wenn es sich um Honorarkürzungen oder um Nachforderungen aus Prüfungen der Verordnungsweise handelt, bei denen nur eine Krankenkasse oder ein von ihr beauftragter Dritter einen Rückforderungsanspruch entsprechend ihres Antrags erhoben hat. Nachforderungsbeträge aus von den betroffenen Ärzten anerkannten Anträgen der Prüfungsarten nach den §§ 13 bis 15 sind ebenfalls der KVSA zum Zwecke der Vollstreckung mitzuteilen.
- (2) Soweit Nachforderungen aus der Richtgrößenprüfung, der Nichteinhaltung der individuellen Richtgrößen (diese ab dem Prüfjahr 2012) sowie aus der Prüfung nach Durchschnittswerten überwiesen werden, erfolgt die Überweisung für die Ersatzkassen jeweils als Gesamtsumme an die entsprechende Ersatzkasse in Sachsen-Anhalt. Der Versand der Nachforderungsmitteilung erfolgt ebenfalls jeweils an die Anschrift der entsprechenden Ersatzkasse in Sachsen-Anhalt. Bei den Primärkassen sind die Mitteilungen über Nachforderungen an die entsprechenden Landesverbände zu übersenden, die Nachforderungen sind an die jeweilige Krankenkasse zu überweisen. Dies gilt nicht für Nachforderungen aus Durchschnittsprüfungen von Sprechstundenbedarf – hierfür sind die Regelungen in Abs. 4 anzuwenden.

- (3) Die nach Maßgabe der Gesamtverträge zu entrichtende Vergütung verringert sich um die im Rahmen von Richtgrößenprüfungen für Verordnungszeiträume bis 31.12.2016 beschlossenen Nachforderungsbeträge in der jeweiligen Aufteilung auf die Krankenkassen gemäß Abs. 1 S. 2, wenn die Entscheidungen der Prüfungsgremien kraft Gesetzes oder besonderer Anordnung sofort vollziehbar sind. Die KVSA hat in der Höhe des jeweiligen Gesamtnachforderungsbetrages Rückforderungsansprüche gegen den Arzt. Die Krankenkassen haben entsprechend Rückforderungsansprüche gegen die KVSA in gleicher Höhe. Die Sätze 1 und 2 gelten auch in Fällen, in denen zum Zeitpunkt der Vollstreckung das Honorarkonto des betroffenen Arztes bei der KVSA nicht mehr besteht oder nicht belastet werden kann (z. B. durch Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit, durch Übergang in ein Angestelltenverhältnis oder durch ein laufendes Insolvenzverfahren). Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die Krankenkassen ihre Rückforderung stunden oder erlassen. Die Regelungen gemäß Abs. 5 bis 7 haben Vorrang vor der Anwendung des Abs. 3.
- (4) Die Bescheide und die Nachforderungsbeträge sowohl für die Durchschnittsprüfung als auch für die Prüfungen des Sprechstundenbedarfs nach § 15 sind an die den Sprechstundenbedarf im betreffenden Prüfquartal abrechnende Stelle zu übersenden und zu überweisen.
- (5) Die von den Prüfungsgremien beschlossenen und rechtskräftig gewordenen Kürzungen und Nachforderungen werden durch die KVSA mit den Honoraranforderungen der betroffenen Ärzte des jeweils nächsten Abrechnungsquartals verrechnet. Stundungen durch die KVSA sind maximal über acht Quartale möglich. Darüber hinausgehende Stundungen können mit den betreffenden Landesverbänden der Krankenkassen einvernehmlich geregelt werden. Ein Erlass ist im Einvernehmen mit den betroffenen Landesverbänden der Krankenkassen möglich. Einbehaltene Honorarkürzungsbeträge aus der Prüfung der Behandlungsweise werden der Honorarverteilung gem. HVM der KVSA zugeführt, soweit es sich nicht um Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung handelt.
- (6) Nachforderungsbeträge aus der Überschreitung individueller Richtgrößen gemäß § 8 Abs. 17 dieser Vereinbarung werden durch die KVSA von den betroffenen Ärzten ab dem zu prüfenden Jahr 2012 eingezogen und entsprechend diesem Paragraphen an die Krankenkassen ausgeschüttet. Die Zahlungen der Nachforderungen aus der Überschreitung der vereinbarten individuellen Richtgrößen ab dem zu prüfenden Jahr 2012 erfolgen mit befreiender Wirkung.
- (7) Einbehaltene Nachforderungsbeträge aus Prüfungen der Ordnungsweise werden den Anspruchsberechtigten in der Regel ein Quartal nach Mitteilung der Prüfungsstelle an die KVSA entsprechend den o. g. Regelungen zugeleitet.

Betreffen die folgenden Unterabsätze Nachforderungen aus Richtgrößenprüfungen für Prüfzeiträume bis 31.12.2016, gilt Abs. 3.

Sofern der betroffene Arzt zum Zeitpunkt der Mitteilung der Prüfungsstelle über die Rechtskraft der Nachforderung nicht mehr bei der KVSA vertragsärztlich tätig ist, z. B. durch Ausscheiden wegen Alters, Todes, Umzuges,

Zulassungsentziehung etc., ist eine Verrechnung mit dem Honorarkonto durch die KVSA nicht möglich. In diesem Fall tritt die KVSA den Anspruch analog der Regelung gemäß § 52 Abs. 2 BMV-Ä an die anspruchsberechtigten Krankenkassen zur unmittelbaren Einziehung ab.

Betroffene Ärzte, die zwischenzeitlich ihren Status gewechselt haben, so dass eine Verrechnung mit dem Honorarkonto nicht möglich ist, z. B. durch Eintritt in ein MVZ, werden von der KVSA zur Einzahlung der Nachforderungsbeträge aufgefordert, die nach Eingang an die anspruchsberechtigten Krankenkassen überwiesen werden. Erfolgt keine Einzahlung durch den Arzt, tritt die KVSA den Anspruch analog der Regelung gemäß § 52 Abs. 2 BMV-Ä an die anspruchsberechtigten Krankenkassen zur unmittelbaren Einziehung ab.

Honorarkontenbelastungen für Ärzte im Insolvenzverfahren dürfen seitens der KVSA nicht erfolgen. Solche Nachforderungen werden an die anspruchsberechtigten Krankenkassen zwecks Anmeldung zur Tabelle abgetreten.

Im Fall der Abtretung hat die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt unter Hinweis auf das Datum des Nachforderungsbescheides schriftlich die Umstände mitzuteilen, die eine Aufrechnung ausschließen. Hierbei sind maßgebliche Zeitpunkte (z. B. Datum der Praxisaufgabe, Datum der Eröffnung des Insolvenzverfahrens) sowie im Rahmen der Amtshilfe gem. § 3 SGB X Name und Anschrift des Insolvenzverwalters, soweit der KVSA bekannt, der Krankenkasse mitzuteilen. Die Anschrift des Arztes entnimmt die Krankenkasse dem Nachforderungsbescheid bzw. dem sozialgerichtlichen Urteil.

- (8) Für Prüfungen gemäß § 1 Abs. 3 Buchstaben l bis s gelten die Absätze 1-7 nicht. Die Vollstreckung von Entscheidungen obliegt den Krankenkassen.

§ 19 Salvatorische Klausel

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

§ 20 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Prüfvereinbarung tritt zum 01.01.2017 in Kraft und löst damit die bisher gültige Prüfvereinbarung ab.
- (2) Die Prüfvereinbarung kann von den Vertragspartnern, von den Krankenkassen jedoch nur gemeinsam und einheitlich, mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres gekündigt werden, erstmals zum 31.12.2017.

Unterschriftenseite zur Prüfvereinbarung gem. §§ 106, 106a, 106b, 106c SGB V

Magdeburg,

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

AOK Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Niedersachsen, Bremen,
Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

IKK gesund plus

Cottbus,

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Cottbus

Kassel,

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Magdeburg,

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der Landesvertretung Sachsen-
Anhalt