

Prüfvereinbarung

gemäß § 106 SGB V

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

(im Folgenden KVSA genannt)

und

der AOK Sachsen-Anhalt,

dem BKK Landesverband Mitte,

der IKK gesund plus,

der Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus,

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland, handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung

sowie

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

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
- § 2 Einleitung des Prüfverfahrens
- § 3 Prüfungsarten
- § 4 Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- § 5 Datenbasis
- § 6 Praxisbesonderheiten
- § 7 Beratung nach § 106 Abs. 5a SGB V
- § 8 Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina (Auffälligkeitsprüfung)
- § 9 Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten
- § 10 Prüfung verordneter Leistungen nach Wirkstoffauswahl und Wirkstoffmenge
- § 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 Prüfung verordneter Leistungen nach Wirkstoffauswahl und Wirkstoffmenge
- Anlage 2 Verfahrensregelung zu § 6 Abs. 9 der Prüfvereinbarung
- Anlage 3 Methode zur Berechnung der Richtgrößenvolumina sowie zur Feststellung von Überschreitungen und deren Höhe auf der Basis der Daten gemäß § 296 SGB V
- Anlage 4 Ermittlung des Regressbetrages (Daten bis Ende 2010)
- Anlage 4a Ermittlung des Regressbetrages (Daten ab 2011)
- Anlage 5 Wirkstoffliste zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Anlage 6 Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Anlage 7 Zufälligkeitsprüfung
- Anlage 8 Praxisbesonderheiten Heilmittel
- Anlage 8.1 Liste über Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln
- Anlage 8.2 Liste über Indikationen mit einem langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V

§ 1 Grundsätze

- (1) Diese Prüfvereinbarung regelt gemäß § 106 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, 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, 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, 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) 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.
- (4) Ergeben sich bei der Durchführung dieser Vereinbarung zu klärende Sachverhalte, so werden diese zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich geregelt.
- (5) Die Prüfungsstelle führt die Beratungen nach § 106 Abs. 1a SGB V und die Prüfungen nach § 106 Abs. 2 SGB V durch. Diese Prüfvereinbarung regelt das Nähere der Umsetzung.
- (6) Gegenstand der Prüfungen nach § 106 Abs. 2 SGB V ist auch die Einhaltung der Verordnungseinschränkungen und Verordnungsausschlüsse in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 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 § 106 a Abs. 4 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 Prüfart, 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 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

Die Prüfungsgremien prüfen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch:

1. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung),
2. Richtgrößenprüfung auf der Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben,
3. arztbezogene Prüfung ärztlicher und 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. Prüfung verordneter Leistungen nach Wirkstoffauswahl und Wirkstoffmenge (§ 106 Abs. 3b SGB V).

§ 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:
 - a) keine Maßnahme bzw. Einstellung des Verfahrens,
 - b) Beratung,
 - c) schriftlicher Hinweis,
 - d) Festsetzung von Honorarkürzungen oder Regressen,
 - 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 bzw. des Arzt-/Ersatzkassen-Vertrages 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

- (1) Bei den Prüfverfahren sind Praxisbesonderheiten 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 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 Verordnungskosten 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 Fachgruppendurchschnitt übersteigenden Kosten der gelisteten Mittel aus dem entsprechenden Verordnungsvolumen vorab 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 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.
- (6) Sobald nach Abschluss eines Verfahrens zur frühen Nutzenbewertung nach § 35 a SGB V eine Vereinbarung gemäß § 130 b Abs. 1 SGB V geschlossen wurde, erkennt die Prüfungsstelle entsprechend § 130 b Abs. 2 SGB V diese Arzneimittelverordnungen als Praxisbesonderheiten im Sinne von § 106 Abs. 5a SGB V 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 § 130 b 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) Gemäß § 106 Abs. 5a SGB V ermittelt die Prüfungsstelle auf Antrag des Arztes weitere Praxisbesonderheiten auch durch Vergleich mit den Diagnosen und Verordnungen in einzelnen Anwendungsbereichen der entsprechenden Fach-

gruppe. Sie kann diese aus einer Stichprobe nach § 106 Abs. 2c S. 2 SGB V ermitteln.

- (9) Im Rahmen einer Beratung nach § 7 Abs. 2 können Ärzte in begründeten Fällen eine Feststellung gemäß § 106 Abs. 5e SGB V der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Eine solche Feststellung gemäß § 106 Abs. 5e SGB V kann auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung eines Erstattungsbetrages nach § 106 Abs. 5a SGB V droht. Näheres ist in Anlage 2 geregelt.
- (10) Bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens für Heilmittel ist durch die Prüfungsgremien zugunsten des Arztes neben den oben genannten Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, ob durch veranlasste Leistungen in der ambulanten medizinischen Rehabilitation (ambulante muskuloskeletale Rehabilitation) sowie aufgrund neuer bzw. veränderter Heilmittelrichtlinie die Grenzwerte des Richtgrößenvolumens überschritten werden.

§ 7

Beratung nach § 106 Abs. 5a und e SGB V

- (1) 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 begründet ist, wird eine Beratung nach § 106 Abs. 1a SGB V über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch die Prüfungsstelle oder durch von ihr beauftragte beratende Ärzte oder andere geeignete Berater durchgeführt.
- (2) 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 begründet ist, wird eine individuelle Beratung nach § 106 Abs. 1a SGB V über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch die Prüfungsstelle oder durch von ihr beauftragte beratende Ärzte oder andere geeignete Berater durchgeführt.
- (3) Beratungen 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.

§ 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.
- (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 auf Grund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, sind bis 2010 als pauschalisierte Beträge vom festgesetzten Erstattungsbetrag abzuziehen, sofern keine um die nach § 130 a Abs. 8 SGB V bereinigten Arzneimitteldaten von allen Kassen geliefert werden können. Ab 2011 sind die Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V arztbezogen abzuziehen. Näheres zum Verfahren bei Rabattverträgen regeln die Anlagen 3, 4 und 4a.
- (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 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 begründet ist, führt sie eine Richtgrößenprüfung unter Beachtung der übrigen Regelungen dieses Paragraphen durch.
- (14) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist auch die Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V zu prüfen, soweit ihre Geltung auf § 35 b Abs. 1 SGB V beruht.
- (15) Ergibt die Prüfung auch nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten eine Überschreitung des Soll-Verordnungsvolumens (Brutto) um mehr als 25 v. H., setzt die Prüfungsstelle den Regressbetrag vorläufig fest. Bei einer erstmaligen Regressfestsetzung ist der Betrag auf insgesamt 25.000,00 Euro für die ersten beiden Jahre, in denen ein Mehraufwand zu erstatten ist, zu begrenzen. Eine Regressfestsetzung kann erstmals für Prüfzeiträume nach der durchgeführten bzw. durch den Arzt abgelehnten Beratung gemäß § 106 Abs. 5e SGB V erfolgen. Maßgeblich für alle weiteren möglichen Maßnahmen ist der Netto-Regressbetrag. Ein Regress kann nicht festgesetzt werden, wenn der errechnete Betrag nicht mindestens 150,00 Euro Netto beträgt.

- (16) Die Berechnungsvorschrift für die Ermittlung der Netto-Regresse ist in den Anlagen 4 und 4a geregelt.
- (17) Ein vom Arzt zu erstattender Regressbetrag 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 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 Regressentscheidung soll die Prüfungsstelle dem Arzt anbieten, über die Minderung der Regresssumme 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) Beschlossene Beratungen werden gemäß § 8 Abs. 2 der Geschäftsordnung des Beschwerdeausschusses bzw. gemäß § 8 der Geschäftsordnung der Prüfungsstelle 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 vier vollständigen Abrechnungsquartale festgestellt, ist lediglich eine Beratung gemäß Abs. 20 durchzuführen.

§ 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 (Fachgruppenschlüssel) 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 Versicherungsgруппen, 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.
- (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

Prüfung verordneter Leistungen nach Wirkstoffauswahl und Wirkstoffmenge

- (1) Die Prüfung verordneter Leistungen nach Wirkstoffauswahl und Wirkstoffmenge soll im Sinne des Abs. 2 vorrangig angewendet werden.
- (2) Bei Anwendung dieser Prüfart sind eine Prüfung nach Richtgrößen für Arzneimittel und eine Zufälligkeitsprüfung, soweit nach dieser die Prüfung von Arzneimitteln durchgeführt werden soll, nach Stichproben abgelöst.
- (3) Näheres regeln die Vertragspartner bis zum 31.03.2013 in Anlage 1.

§ 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.
- (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 gemäß § 6 gerechtfertigt ist. 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 einem etwaigen Regress zu Grunde zu legen. Gezielte Beratungen sollen jedoch weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Ein Regress kann nicht beschlossen werden, wenn der errechnete Betrag nicht mindestens 150,00 Euro Netto beträgt.
- (9) Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Regressierungen vorzunehmen. 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 Regresse 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 vier 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 Verordnungsweise 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 Verordnungsweise vermuten lassen. § 3 Nrn. 7 - 9 bleiben davon unberührt.

§ 13

Prüfung in besonderen Fällen

- (1) Auf Antrag mit Begründung der KVSA oder einer Krankenkasse prüft die Prüfungsstelle, ob der Arzt durch veranlasste oder verordnete oder selbst erbrachte Leistungen im einzelnen Behandlungs- bzw. Verordnungsfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat. Dem Antrag sind 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.

- (3) Über die Anträge soll die Prüfungsstelle innerhalb von 3 Monaten entscheiden. 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 25,60 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) bzw. § 44 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV). Gemäß Abs. 1 der genannten Paragraphen wird der sonstige durch einen Arzt verursachte Schaden, der einer Krankenkasse aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind oder aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen entsteht, durch die Prüfungseinrichtungen nach § 106 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.
- (3) Von der Prüfungsstelle festgestellte und beschiedene Schadensbeträge von weniger als 25,60 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 bzw. EKV 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 bzw. § 44 Abs. 4 EKV die Kassenärztliche Vereinigung. Solche Anträge sind gesondert bei der KVSA gemäß der Antragsfrist nach Abs. 4 S. 1 einzureichen. Die hierfür genannte Mindestschadenshöhe von 25,60 Euro kann nicht in die Mindestschadenshöhe für einen Antrag nach Abs. 2 einbezogen werden. Weitere bundesmantelvertragliche Regelungen des § 48 bzw. § 44 sind zu beachten.

§ 15

Feststellung der Zulässigkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf

- (1) Auf Antrag mit Begründung der den Sprechstundenbedarf im betreffenden Prüfquartal abrechnenden Stelle(n) prüft die KVSA bzw. 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. Näheres zur Prüfzuständigkeit ist in § 20 Abs. 2 S. 3 und 4 geregelt.
- (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 25,60 Euro (bis 31.03.2012 = 15,34 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.
- (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 den entsprechenden Regress 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 gemäß § 106 Abs. 2 SGB V 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 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) 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.
- (3) Der Beschwerdeausschuss erteilt dem Widerspruchsführer und den anderen Verfahrensbeteiligten über die getroffene Entscheidung/das Verfahrensergebnis einen schriftlichen Bescheid, Vergleichsprotokoll bzw. eine Vereinbarung über die individuellen Richtgrößen.
- (4) Näheres regeln die Geschäftsordnungen der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses.
- (5) Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der jeweiligen Instanz gilt mit der Bekanntgabe des Bescheides bzw. des Verfahrensergebnisses als beendet.

- (6) Bei der Festsetzung von Regressen ist zu berücksichtigen, dass der Arzt durch parallel durchgeführte Prüfungen nicht für denselben Sachverhalt unzulässig doppelt belastet wird.
- (7) 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. Eine Beratung gemäß § 106 Abs. 1a SGB V kann empfohlen werden.
- (8) Die Bestimmungen des Datenschutzes des Landes Sachsen-Anhalt 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 Regress- 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 Regresse aus Prüfungen der Verordnungsweise handelt, bei denen nur eine Krankenkasse oder ein von ihr beauftragter Dritter einen Rückforderungsanspruch entsprechend ihres Antrags erhoben hat.
- (2) Soweit Regressbeträge aus der Richtgrößenprüfung, der Nichteinhaltung der individuellen Richtgrößen (diese ab dem Prüffahr 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 Regressmitteilung erfolgt ebenfalls jeweils an die Anschrift der entsprechenden Ersatzkasse in Sachsen-Anhalt. Bei den Primärkassen sind die Regressmitteilungen an die entsprechenden Landesverbände zu übersenden, die Regressbeträge sind an die jeweilige Krankenkasse zu überweisen. Dies gilt nicht für Regresse 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 beschlossenen Regressbeträge 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 Gesamtregressbetrages Rückforderungsansprüche gegen den Arzt. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die Krankenkassen ihre Rückforderung stunden oder erlassen.

- (4) Für Regressbeträge aus der Durchschnittsprüfung aufgrund entsprechender Beschlüsse bzgl. der Verordnung von Sprechstundenbedarf bis einschließlich Prüfquartal 1/2012 ist eine behandlungsfallzahlenbezogene Aufteilung nach Primär- und Ersatzkassen vorzunehmen (zwei Teile). Eine Aufteilung der Ansprüche auf die Krankenkassen ist für Regresse aus der Durchschnittsprüfung des Sprechstundenbedarfs ab dem Prüfquartal 2/2012 nicht mehr erforderlich. Die Bescheide und die Regressbeträge sowohl für die Durchschnittsprüfung als auch für die Prüfungen des Sprechstundenbedarfs nach § 15 sind an die den Sprechstundenbedarf im betreffenden Prüfquartal abrechnenden Stellen zu übersenden und zu überweisen.
- (5) Entgegen Abs. 3 werden alle anderen von den Prüfungsgremien beschlossenen Honorarkürzungen und Regresse durch die KVSA mit den Honoraranforderungen der betroffenen Ärzte des jeweils nächsten Abrechnungsquartals verrechnet, wenn die Entscheidungen kraft Gesetzes oder besonderer Anordnung sofort vollziehbar sind. Stundungen durch die KVSA sind maximal über 8 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) Regressbeträge aus der Überschreitung individueller Richtgrößen gemäß § 106 Abs. 5d SGB V werden durch die KVSA von den betroffenen Ärzten ab dem zu prüfenden Jahr 2012 eingezogen und entsprechend dieses Paragraphen an die Krankenkassen ausgeschüttet. Die Zahlungen der Regresse aus der Überschreitung der vereinbarten individuellen Richtgrößen ab dem zu prüfenden Jahr 2012 erfolgen mit befreiender Wirkung.
- (7) Einbehaltene Regressbeträge aus Prüfungen der Verordnungsweise werden den Anspruchsberechtigten in der Regel ein Quartal nach Mitteilung der Prüfungsstelle an die KVSA entsprechend den o. g. Regelungen zugeleitet.

§ 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 01.01.2013 in Kraft und entfaltet ihre Wirkung bereits auf noch nicht begonnene Prüfquartale vor dem Inkrafttreten dieser Vereinbarung, soweit die betroffenen Ärzte durch sie nicht schlechter gestellt werden. Sie löst damit die bisher gültige Prüfvereinbarung ab. Sie wird vor Inkrafttreten in geeigneter Weise veröffentlicht. Dabei ist unter dem Beginn einer Prüfung der Zeitpunkt des Zugangs der Prüfeinleitungen bzw. Prüfanträge bei den Ärzten zu verstehen. Aus Gründen der Gleichbehandlung ist eine Prüfungsart eines Zeitraumes für alle betroffenen Ärzte einheitlich nach derselben Prüfvereinbarung durchzuführen.
- (2) Anträge nach § 14, die bis zum Inkrafttreten der Prüfvereinbarung gestellt werden, sind noch von der KVSA nach den bis dahin geltenden Vorschriften zu bearbeiten. Für Anträge nach § 14, die ab dem Tag nach dem Inkrafttreten eingehen, erfolgt die Bearbeitung durch die Prüfungsstelle gemäß den Vorschriften dieser Prüfvereinbarung.
Anträge nach § 15 betreffend die zu prüfenden Quartale bis 1/2012 einschließlich möglicher Widerspruchsverfahren werden noch von der KVSA bearbeitet. Die Bearbeitung durch die Prüfungsstelle erfolgt für Anträge ab dem Prüfquartal 2/2012.
- (3) Die in § 13 Abs. 2 S. 2 genannte Mindesthöhe des Antrages gilt nur für Anträge, die nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung in der Prüfungsstelle eingegangen sind.
- (4) Anträge nach §§ 14 und 15 die nach Inkrafttreten statt bei der zuständigen Prüfungsstelle fristgerecht bei der KVSA eingegangen sind, werden von der KVSA unverzüglich an die Prüfungsstelle weitergeleitet und gelten übergangsweise bis zum 31.12.2013 als fristgerecht gestellt.
- (5) 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 31.12.2013.

Unterschriftenseite zur Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V

Magdeburg,

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

AOK Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

IKK gesund plus

Cottbus,

Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus

Hoppegarten,

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Mittel- und Ostdeutschland
handelnd als Landesverband

Magdeburg,

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