

Z w i s c h e n

der **Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)**, Bad Segeberg,

und

der **AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse** -, Kiel,

dem **BKK-Landesverband NORD**, Hamburg,

dem **IKK-Landesverband Nord**, Schwerin,

der **Landwirtschaftlichen Krankenkasse Schleswig-Holstein und Hamburg**,  
Kiel, in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes der  
Landwirtschaftlichen Krankenkassen,

den Ersatzkassen:

- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)**,

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein

und

der **Knappschaft**, Hamburg

wird folgende

**Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V**

geschlossen.

## **§ 1**

### **Regelungsbereich**

- (1) Die Prüfvereinbarung regelt das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit nach § 106 SGB V.
- (2) Als Vertragsarzt im Sinne dieser Vereinbarung gelten niedergelassene Vertragsärzte, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie zugelassene medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V), ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen. Der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen außerdem im Krankenhaus erbrachte ambulante und belegärztliche Leistungen (§ 106 Abs. 6 SGB V) mit Ausnahme von Leistungen gemäß § 116 b Abs. 5 SGB V sowie ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen gemäß §§ 118 und 119 SGB V.
- (3) Die Prüfungen erfolgen auf der Grundlage der von den Vertragspartnern zu übermittelnden Daten (§ 14). Die Plausibilität der Daten ist seitens der Prüfungsgremien festzustellen. Als Prüfungsgremien werden im Folgenden die Prüfungsstelle, der Beschwerdeausschuss und die Kammern, sofern diese gebildet werden, bezeichnet.

## **§ 2**

### **Beschwerdeausschuss zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit**

Der Beschwerdeausschuss besteht aus 4 Vertretern der KVSH und der Krankenkassen/-verbände sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Entsprechend dem Prüfungsbedarf können Stellvertreter für den Vorsitzenden und die Ausschussmitglieder bestellt werden. Eine Untergliederung in entscheidungsfähige Kammern ist möglich. Für die Stellvertretung und den Fall der Kammerbildung sind die Einzelheiten der Aufgabenverteilung in einem Geschäftsverteilungsplan festzulegen.

## **§ 3**

### **Vorsitz und Ausschussmitglieder**

- (1) Die Amtsperiode des Vorsitzenden, seiner/s Stellvertreter/s und der weiteren Mitglieder beträgt 2 Jahre.
- (2) Unbeschadet des Absatzes (1) haben die KVSH und die Krankenkassen/-verbände das Recht, die jeweils von ihnen entsandten Mitglieder von ihrem Amt zu entbinden.
- (3) Die Mitglieder sind bei der Ausübung ihres Amtes fachlich nicht weisungsgebunden. Über den Hergang der Beratungen und die Abstimmung haben alle mit dem Verfahren Befassten auch nach Beendigung ihres Amtes Stillschweigen im Rahmen des Sozialgeheimnisses (§ 35 SGB I) zu bewahren. Eine sachliche Berichterstattung über Beratung und Beratungsergebnis gegenüber den entsendenden Körperschaften ist davon ausgenommen. Stellt der Beschwerdeausschuss/Kammer klärungsbedürftige Sachverhalte fest, die nicht oder nicht ausschließlich die Wirtschaftlichkeit betreffen, haben sie unter Wahrung des Sozialgeheimnisses die KVSH und die Krankenkassen/-verbände zu benachrichtigen.

- (4) Ein Mitglied darf bei der Prüfung seiner eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit oder der eines Angehörigen im Sinne von § 16 SGB X nicht mitwirken. Das gleiche gilt für Partner einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft, eines medizinischen Versorgungszentrums sowie sonstiger Kooperations- oder Beteiligungsformen.

#### **§ 4 Beschlussfähigkeit**

- (1) Der Beschwerdeausschuss/Kammer ist beschlussfähig, wenn der unparteiische Vorsitzende und mindestens je zwei Vertreter der KVSH und der Krankenkassen/ -verbände anwesend sind. In jedem Fall muss für die Beschlussfassung eine paritätische Besetzung gewährleistet sein.
- (2) Der Beschwerdeausschuss/Kammer beschließt mit Stimmenmehrheit; Stimmenthaltungen sind unzulässig. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden.
- (3) Die Sitzungen sind nicht öffentlich. Das Abstimmungsergebnis wird nicht namentlich dokumentiert. Die Anwesenheit eines oder mehrerer Vertreter der Prüfungsstelle ist zur Erfüllung ihrer Aufgaben gestattet.

#### **§ 5 Aufgaben des unparteiischen Vorsitzenden**

- (1) Der unparteiische Vorsitzende des Beschwerdeausschusses/Kammer stimmt die Termine der Ausschusssitzungen/Kammersitzungen mit der Prüfungsstelle ab. Dabei sind Anzahl und Zeitfolge der Sitzungen zur Prüfung der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen möglichst so festzulegen, dass die Erstellung der Quartalsabrechnung durch die KVSH termingerecht erfolgen kann.
- (2) Die weiteren Aufgaben des unparteiischen Vorsitzenden oder seiner/s Stellvertreter/s ergeben sich aus § 2 der WiPrüfVO.
- (3) Für einzelne Prüfungsfälle können aus den Mitgliedern des Beschwerdeausschusses/Kammern ärztliche Berichtersteller benannt werden, die den Sachverhalt vortragen und einen Beschlussvorschlag unterbreiten. Es können auch Sachverständige beauftragt werden. Die Auswahl der Berichtersteller und Sachverständigen nimmt der unparteiische Vorsitzende auf Vorschlag des Beschwerdeausschusses/Kammer vor.

#### **§ 6 Prüfungsarten**

- (1) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt durch:
1. die arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung) gemäß § 7,

- 
2. die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung) gemäß § 8. Die Höhe der Stichprobe ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen,
  3. die Prüfung nach Durchschnittswerten von ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (§ 9),
  4. die Prüfung im Einzelfall (§ 10),
  5. die arztbezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeitsziele gemäß der Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung (Anlage 1 dieser Vereinbarung).
- (2) Auffälligkeitsprüfung nach Richtgrößen und Zufälligkeitsprüfung werden vorrangig durchgeführt und schließen sich gegenseitig für denselben Zeitraum aus. Sofern Auffälligkeitsprüfung nach Richtgrößen und Zufälligkeitsprüfung nicht durchgeführt werden, kann in demselben Bereich (Honorar-, Arznei- und/ oder Heilmittelbereich) eine Prüfung nach Durchschnittswerten erfolgen.
- (3) Die Prüfungsgremien haben die Prüfung nach den für die jeweilige Prüfungsart bestimmten nachstehenden Grundsätzen und Maßgaben vorzunehmen. Gezielte Beratungen sollen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen.
- (4) Regresse aus unterschiedlichen Prüfverfahren werden aufeinander angerechnet, sofern sie sich auf denselben Prüfungsgegenstand und denselben Prüfzeitraum beziehen.  
Rabattverträge müssen bei Prüfmaßnahmen angemessene Berücksichtigung (adäquater Abzug) finden (vgl. Anlage 4).  
Die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zu liefernden Verwaltungsdaten müssen um die auf Rabatte nach § 130 a Abs. 8 entfallenden Beträge bereinigt werden. Sollte dies nicht der Fall sein, tritt folgende Regelung in Kraft: Für Präparate, die bei der entsprechenden Krankenkasse/ Krankenkassenart einem Rabattvertrag unterliegen, wird der Preis des jeweils preisgünstigsten vergleichbaren Präparates zum Abgabetag zu Grunde gelegt. Zusätzlich erfolgt in diesen Fällen ein Abzug in Höhe von 1,5 % des angesetzten Preises, um die Verordnung von rabattierten Arzneimitteln zu fördern.
- (5) In den Prüfungsverfahren ist grundsätzlich die Gesamttätigkeit des Arztes zu berücksichtigen. Hierbei sind die bis zum Zeitpunkt der Eröffnung des Prüfungsverfahrens vorliegenden Daten über veranlasste und verordnete Leistungen - ggf. aus Vorquartalen - beizuziehen. Dies gilt auch für Angaben über die Häufigkeit der Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und der Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie die Häufigkeit und den Umfang sonstiger veranlasster Leistungen, insbesondere aufwändiger medizinisch-technischer Leistungen, soweit diese Daten lieferbar sind und zur Verfügung stehen. Bei Prüfung der veranlassten oder verordneten Leistungen werden die selbst abgerechneten Leistungen in die Beurteilung mit einbezogen, soweit diese Daten lieferbar sind und zur Verfügung stehen. Veranlasste Leistungen umfassen Auftragsleistungen und Leistungen im Rahmen von Konsiliaruntersuchungen und zur Mit-/Weiterbehandlung gem. §§ 24 BMV-Ä , 27 EKV.

- (6) Der Arzt kann im Verordnungsbereich auf Antrag Überschreitungen bei den Heilmittelverordnungskosten in Zusammenhang mit Unterschreitungen bei den Arzneimittelverordnungen und umgekehrt vortragen. Ein ursächlicher Zusammenhang ist nachzuweisen.
- (7) Werden sachliche oder rechnerische Fehler der Abrechnung (falsche Gebührennummer, fachfremde Leistungen, nicht vollständige Leistungserbringung) festgestellt, wird die Abrechnung zur Berichtigung an die KVSH zurückgegeben. Das Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren wird für diesen Bereich und für die Zeit der Prüfung ausgesetzt. Die sachlich-rechnerische Korrektur hat innerhalb eines Quartals zu erfolgen. Nach Korrektur bzw. Feststellung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit durch die KVSH ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung fortzusetzen.
- (8) Stellt die Prüfungsstelle klärungsbedürftige Sachverhalte fest, die nicht oder nicht ausschließlich die Wirtschaftlichkeit betreffen, hat sie unter Wahrung des Sozialgeheimnisses die KVSH und die Krankenkassen/-verbände zu benachrichtigen.
- (9) Für die Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt grundsätzlich eine Geringfügigkeitsgrenze von 50,- Euro je Arzt und je Quartal. Darüber hinaus ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten.
- (10) Für den Fall fortgesetzt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind gemäß § 106 Abs. 3 SGB V pauschale Honorarkürzungen vorzunehmen.
- (11) Das Ergebnis der Prüfungen nach Abs. 1 ist von der Prüfungsstelle den Vertragspartnern je geprüftem Arzt mitzuteilen.

## **§ 7**

### **Verfahren bei Überschreitung der Richtgrößen – Arznei-, Verband- und Heilmittel**

- (1) Die Prüfung wird laut den gesetzlichen Bestimmungen durchgeführt. Ein Prüfverfahren wird nach § 106 SGB V eingeleitet, wenn das Verordnungsvolumen des Arztes unter Vorweg-Abzug ggf. vertraglich vereinbarter Wirkstoffe zur Ausnahme von Richtgrößenregelungen das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 % überschreitet.
- (2) Die Einzelheiten der Datenlieferung zwischen Krankenkassen/-verbänden, KVSH und Prüfungsstelle regelt Anlage 2 dieser Vereinbarung.
- (3) Das für den einzelnen Vertragsarzt geltende Richtgrößenvolumen wird aus der Summe (mindestens vier Quartale) der Produkte der fachgruppenspezifischen Richtgrößen je Fall und der jeweiligen Fallzahl des Arztes ermittelt. Bei Prüfung der Betriebsstätte werden die Richtgrößensummen der einzelnen beteiligten Vertragsärzte zu einer Gesamt-Richtgrößensumme zusammengeführt und den auf die Betriebsstätte entfallenden Verordnungskosten gegenübergestellt.

- (4) Dem Vertragsarzt wird die Möglichkeit des quartalsabhängigen Ausgleichs eingeräumt, d.h. zu einer Prüfung werden alle vier Quartale eines Kalenderjahres herangezogen, die sich im Hinblick auf Über- oder Unterschreitung der Richtgrößensumme gegenseitig wieder ausgleichen können. Sollte der Fall eintreten, dass kein volles Kalenderjahr zur Ermittlung der Richtgrößensumme zur Verfügung steht, werden diese Quartale den 4 Quartalen des Vorjahres bzw. des nachfolgenden Jahres hinzugefügt.
- (5) Bei der Richtgrößenprüfung werden die richtgrößenrelevanten Behandlungsfälle zu Grunde gelegt. Richtgrößenrelevante Fälle sind Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag/Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Arzt-/Ersatzkassenvertrag, einschließlich Notfälle, ausschließlich Überweisungsfälle zur Durchführung von Probeuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfällen, in denen nur Kostenerstattung gemäß Kapitel 40 EBM abgerechnet wird.
- (6) Von der Arzneimittel - Richtgrößenprüfung ausgenommen sind die Kosten
- der Arzneimittel zur Ausnahme von Richtgrößenregelungen (gemäß Richtgrößenvereinbarung in der jeweils vereinbarten Fassung),
  - der Arzneimittel, für die eine Richtlinie nach § 73d Abs. 1 SGB V besteht,
  - der Impfstoffe zur Prävention,
  - des Sprechstundenbedarfs,
  - solcher Wirkstoffe und Therapien bzw. Indikationsgebiete, die – soweit als solche anerkannt – regelmäßig Praxisbesonderheiten (gemäß Richtgrößenvereinbarung in der jeweils vereinbarten Fassung) begründen.
- (7) Bei der Richtgrößenprüfung Heilmittel sind die auf folgende Indikationen entfallenden Verordnungskosten in jedem Fall als Praxisbesonderheit („absolute Praxisbesonderheiten“) zu berücksichtigen:
- Lymphabflussstörungen infolge onkologischer Erkrankungen,
  - postoperativ in den ersten 2 Monaten auftretende komplexe Schädigungen oder Funktionsstörungen der Stütz- und Bewegungsorgane,
  - Multiple Sklerose in fortgeschrittenem Stadium,
  - Apoplex,
  - Hemiparese, spastische Di- oder Tetraplegie,
  - schwere körperliche Behinderung bei Kindern.
- (8) Bei der Richtgrößenprüfung Heilmittel sind die auf folgende Indikationen entfallenden Verordnungskosten als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen (sofern diese nicht bereits als „absolute Praxisbesonderheit“ herausgerechnet wurden), wenn nachgewiesen wird, dass eine der Anzahl nach gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt erhöhte Anzahl von Patienten mit diesen Indikationen behandelt wurde („relative Praxisbesonderheiten“):
- komplexe zerebrale Dysfunktion bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebrale Anfallsleiden oder neurodegenerative bzw. metabolische bzw. muskuläre Systemerkrankungen,

- angeborene oder erworbene Paresen, zentral oder peripher (z.B. Zerebralparese, Plexusparese) gem. ICD-10-Codierung G71, G80 bis G82, Q68.8,
- schwere, tiefgreifende Entwicklungsstörungen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: F80, F82, F83, F84.0 bis F84.3, F84.5,
- ADHS mit motorischen Störungen gem. ICD-10 Codierung F84.4,
- Mukoviszidose,
- erworbene und/ oder angeborene schwere geistige Behinderung,
- schwere neurologische Erkrankungen wie z.B. ALS, Wachkomapatienten, M. Parkinson,
- palliativmedizinische Betreuung,
- Autismus.

Es sind Heilmittel-Verordnungen, die mit „Frühförderung“ gekennzeichnet sind, für die Zeiträume von der Prüfung herauszunehmen, in denen keine regionale Vereinbarung nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24.06.2003 abgeschlossen ist. Kennzeichnend für die Frühförderung ist die Notwendigkeit heilpädagogischer Maßnahmen.

- (8a) § 7 Abs. 5 bis 8 dieser Vereinbarung gelten nur, sofern die Richtgrößenvereinbarung des jeweiligen Jahres nicht eine andere Regelung vorsieht. Im Zweifel ist die jeweilige Richtgrößenvereinbarung entscheidend.
- (9) Sollten sich weitere, nicht im Rahmen der jeweils aktuellen Richtgrößenvereinbarung Arzneimittel vereinbarten Wirkstoffe und/oder Indikationsgruppen als therapeutisch relevant und unverzichtbar erweisen, sind die Prüfungsgremien gehalten, die Voraussetzungen für die Anerkennung als Praxisbesonderheit zu prüfen. Werden vom Arzt angemeldete Praxisbesonderheiten von den Prüfungsgremien nicht anerkannt, haben diese ihre Entscheidung zu begründen.
- (10) Das „Weiterbestehen“ einer anerkannten Praxisbesonderheit wird nach Ablauf eines Jahres nach Anerkennung als Praxisbesonderheit überprüft.
- (11) Die besonderen Versorgungsverhältnisse einer Praxis sind im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen.
- (12) Die im Rahmen eines eingerichteten Zweitmeinungsverfahrens unter medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten gefällten Beschlüsse sind verbindlich anzuerkennen. Näheres hierzu regelt Anlage 3 zu dieser Vereinbarung, die Bestandteil dieses Vertrages ist.
- (13) Ein Regress ist festzusetzen, wenn nach Prüfung, Anerkennung und Herausrechnung von Praxisbesonderheiten das verbleibende Verordnungsvolumen das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 % überschreitet. Gemäß § 106 Absatz 5 a SGB V ist bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % der sich daraus ergebende Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Im Falle einer Regressfestsetzung sind die Netto-Verordnungskosten heranzuziehen. Die Berechnungsschritte zur Festsetzung des Regresses sind nach der Anlage 4 dieser Vereinbarung vorzunehmen und Bestandteil des Prüfbescheides.

- (14) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird gemäß § 106 Abs. 5 d SGB V nicht festgesetzt, soweit mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart ist, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet.

## **§ 8**

### **Zufälligkeitsprüfung (Stichprobe)**

- (1) Die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungs- und Verordnungsweise nach § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V wird auf der Grundlage einer arzt- und versichertenbezogenen Stichprobe geprüft. Die Stichprobe umfasst 2 v.H. der im jeweiligen Quartal bei der KVSH abrechnenden Vertragsärzte.
- (2) Der einer Prüfung zu Grunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr. Die für die Prüfung notwendigen Daten werden der Prüfungsstelle von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.
- (3) In die Zufälligkeitsprüfung sollen keine Vertragsärzte einbezogen werden, die
- innerhalb der letzten 8 Quartale ohne Ergebnis in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen waren,
  - die erst weniger als 3 Quartalsabrechnungen vorgelegt haben,
  - die in dem zur Prüfung anstehenden Quartal weniger als 50 Behandlungsfälle abgerechnet haben.

Im Übrigen gilt § 12 Abs. 7 der Richtlinien über die Zufälligkeitsprüfung in der jeweils gültigen Fassung.

- (4) Die Zufälligkeitsprüfung erfolgt gemäß dem in § 106 SGB V beschriebenen Verfahren sowie auf Basis der nach § 106 Abs. 2 b SGB V auf Bundesebene vereinbarten Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfungen. Ergänzende Regelungen auf Landesebene haben die Vertragspartner in Anlage 5 dieser Vereinbarung vereinbart.

## **§ 9**

### **Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten**

- (1) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten kann sich auf ärztliche Leistungen sowie ärztlich verordnete Leistungen (Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie Sprechstundenbedarf) beziehen. Die Prüfung nach Durchschnittswerten findet grundsätzlich quartalsweise statt.
- (2) Folgende Abrechnungen werden in die Prüfung ärztlicher Leistungen einbezogen:
1. Honorarabrechnungen, deren Gesamtfallwert den gewichteten Fallwert der Vergleichsgruppe (Fachgruppendurchschnitt) um mehr als 150 % der mittleren Abweichung überschreitet.



2. Honorarabrechnungen, bei denen in den einzelnen Leistungsgruppen der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 200 % der mittleren Abweichung überschritten wird.
  3. Honorarabrechnungen, bei denen in einzelnen Leistungen der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 100 % überschritten wird. In die Ermittlung dieser statistischen Vergleichszahlen sind nur die Abrechnungen einzubeziehen, in denen die betreffenden Leistungen enthalten sind.
  4. Honorarabrechnungen, bei denen der Fallwert veranlasster Leistungen den Fallwert der Vergleichsgruppe um mindestens 50 % übersteigt.
  5. Für die Fälle der Nrn. 1 bis 4 werden von den Krankenkassen/-verbänden und der KVSH die zu Prüfzwecken notwendigen Unterlagen zur Verfügung gestellt.
- (3) Eine Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten erfolgt grundsätzlich, wenn der Fachgruppendurchschnitt
- über 50,- Euro liegt, bei einer Überschreitung von 30%, mindestens jedoch 25,- Euro,
  - zwischen 20,- und 50,- Euro liegt, bei einer Überschreitung von 50%, mindestens jedoch 12,- Euro,
  - zwischen 10,- und 20,- Euro liegt, bei einer Überschreitung von 60%, mindestens jedoch 10,- Euro,
  - unter 10,- Euro liegt, bei einer Überschreitung von 100%.

Bei einem Fachgruppendurchschnitt von unter 2,50 Euro oder einer Fallzahl von unter 50 Behandlungsfällen erfolgt keine Prüfung nach Durchschnittswerten.

Im Falle des Vorliegens niedriger Verordnungskosten, einer kleinen Fachgruppe und/oder geringer Fallzahlen sollte eine einzelfallbezogene Betrachtung/ Prüfung durchgeführt werden.

Praxisbesonderheiten sind entsprechend der Regelung in § 7 zu berücksichtigen.

- (4) Die Vertragspartner vereinbaren abweichend von § 9 Abs. 3 für die Wirtschaftlichkeitsprüfung Heilmittel 2006 folgende Vorgehensweise:

Eine Prüfung der Verordnungsweise von Heilmitteln erfolgt,

- wenn der Fachgruppendurchschnitt um mehr als zwei Standardabweichungen ( $2 \sigma$ ) überschritten wird, oder
- wenn der Fachgruppendurchschnitt um mehr als eine Standardabweichung ( $1 \sigma$ ) überschritten wird und die Summe der in § 7 Abs. 7 und 8 genannten Indikationen unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt.

Bei einem Fachgruppendurchschnitt von unter 2,50 Euro oder einer Fallzahl von unter 50 Behandlungsfällen erfolgt keine Prüfung nach Durchschnittswerten.

Praxisbesonderheiten sind entsprechend der Regelung in § 7 zu berücksichtigen.

---

Da die Herausnahme von auf Praxisbesonderheiten entfallenden Verordnungskosten Auswirkungen auf den Fachgruppendurchschnitt hat, soll die Prüfungsstelle für den weiteren Verlauf der Prüfung entsprechend geeignete Durchschnittswerte zu Grunde legen.

- (5) Wird festgestellt, dass in einzelnen Leistungsbereichen oder bei den Verordnungskosten ein Vergleich mit den Durchschnittswerten der Fachgruppe (Horizontalvergleich) nicht möglich ist, weil diese als Maßstab der Wirtschaftlichkeit ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen nicht geeignet sind, ist stattdessen ein Vertikalvergleich (Vergleich mit dem eigenen Behandlungs- und Verordnungsverhalten früherer oder nachfolgender Quartale) zulässig.
- (6) Beim Sprechstundenbedarf erstreckt sich die Prüfung auf den Zeitraum eines Kalenderjahres. In Ausnahmefällen, insbesondere bei Arztnummerwechsel und/oder Praxiseröffnung/-schließung ist abweichend von Satz 1 die Prüfung mit weniger als vier Quartalen zulässig. Die Prüfungen werden nach den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen eingeleitet und durchgeführt. Eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten im Sprechstundenbedarf erfolgt grundsätzlich bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts von mindestens 60 %.

## **§ 10**

### **Prüfung im Einzelfall**

- (1) Die Prüfungsstelle prüft im Einzelfall von Amts wegen, soweit im Falle des Vorliegens niedriger Verordnungskosten, einer kleinen Fachgruppe und/oder geringer Fallzahlen im Rahmen des § 9 von einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten abgesehen wird.
- (2) Die Prüfungsstelle entscheidet auf Antrag der Krankenkassen oder KVSH im Einzelfall, ob der Vertragsarzt durch Veranlassung von Auftragsleistungen, Verordnung von Arzneimitteln, Heilmitteln, Sprechstundenbedarf, häuslicher Krankenpflege oder Krankenhausbehandlung, bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit oder Verordnung von Hilfsmitteln sowie sonstiger veranlasster Leistungen im Einzelfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
- (3) Die nachstehenden Bestimmungen gelten nur, soweit in den Bundesmantelverträgen nichts anderes geregelt ist.
- (4) Die Prüfungsstelle entscheidet auf Antrag der Krankenkassen/ -verbände im Einzelfall auch über einen Anspruch auf Schadenersatz wegen unzulässiger Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind (hierunter fallen auch Verordnungen, die gegen bestehende Richtlinien verstoßen) oder die fehlerhafte Ausstellung von Bescheinigungen.
- (5) Die zu prüfenden Anträge können nur innerhalb einer Frist von 9 Monaten (bei Heilmitteln 12 Monaten) nach Abschluss des Quartals gestellt werden, in dem die Verordnung ausgestellt worden ist.

- (6) Der Antrag soll Angaben zur Höhe des Schadens enthalten. Soweit sich der Schaden zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht exakt feststellen lässt, ist eine nachvollziehbare Schätzung vorzunehmen.
- (7) Anträge auf Festsetzung eines Schadens im Einzelfall sind mit dem in der Anlage 6 dieser Vereinbarung beigefügten Formular zu stellen und nachvollziehbar zu begründen. Änderungen des Formulars sind einvernehmlich möglich.
- (8) Voraussetzung für die Festsetzung eines Schadensersatzes aufgrund eines Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, insbesondere in Fällen der Richtlinienverstöße oder unzulässiger Verordnungen, die nicht in die Leistungspflicht der GKV fallen, ist der Nachweis eines Schadens. Voraussetzung für die Festsetzung eines sonstigen Schadens (im Falle der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen, insbesondere nach § 106 Abs. 3 a SGB V) ist neben dem Nachweis des Schadens auch die schuldhafte Verletzung vertragsärztlicher Pflichten.

## **§ 11**

### **Verfahren vor der Prüfungsstelle**

- (1) Die Verfahren sind grundsätzlich schriftlich. Der Leiter der Prüfungsstelle kann eine mündliche Anhörung der Verfahrensbeteiligten anordnen (mündliches Verfahren).
- (2) Der Leiter der Prüfungsstelle veranlasst, dass alle für die Durchführung des Verfahrens erforderlichen Maßnahmen getroffen werden. Für fachlich-medizinische Fragestellungen kann ärztlicher Sachverstand hinzugezogen werden. Dem geprüften Arzt ist rechtliches Gehör in Form einer schriftlichen Stellungnahme zu gewähren.
- (3) Die Vertragspartner bilden zur fachlichen und operativen Unterstützung der Prüfaktivitäten der Prüfungsstelle eine Beratungskommission. Die Beratungskommission hat keinen Prüfungsauftrag. Sie besteht aus mindestens jeweils zwei Vertretern der Krankenkassen/-verbände sowie der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Kosten für die entsandten Vertreter trägt die entsendende Stelle selbst. Für die Mitarbeiter der Prüfungsstelle ist für Sitzungen der Beratungskommission kein von den Vertragspartnern paritätisch finanziertes Sitzungsgeld berechnungsfähig.  
Die Prüfungsstelle kann die Beratungskommission zur fachlichen und operativen Unterstützung und für die mündliche Verhandlung hinzuziehen. Sie kann die Beratungskommission ausschließlich in besonderen Fällen, insbesondere bei Grundsatzfragen anhören. Darüber hinaus findet ein Hinzuziehen der Beratungskommission bei den Verfahren vor der Prüfungsstelle nicht statt. Die Anhörung der Beratungskommission ist nicht verpflichtend. Die Entscheidung über die Anhörung der Beratungskommission ist innerhalb der Prüfungsstelle Sache des Leiters.
- (4) Die Entscheidung erfolgt durch Beschluss. Der Beschluss ist zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und vom Leiter der Prüfungsstelle zu unterzeichnen. Der Beschluss sollte den Verfahrensbeteiligten innerhalb von zwei Monaten nach Beschlussfassung bekannt gegeben werden. Eine Ausfertigung des Beschlusses ist dem betroffenen Arzt zuzustellen. Die Krankenkassen/-verbände, die Ersatzkassen und die KVSH erhalten den Beschluss auf Datenträger.

- (5) Die Bestimmungen des SGB X bleiben unberührt.

## **§ 12 Widerspruch**

Gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle können abgesehen von Fällen gemäß § 106 Abs. 5 Satz 8 SGB V innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Prüfbescheides die betroffenen Vertragsärzte und Einrichtungen, die KVSH, die Krankenkassen und die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen den Beschwerdeausschuss anrufen. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Prüfungsstelle einzulegen. Die Anrufung des Beschwerdeausschusses hat aufschiebende Wirkung. Die Prüfungsstelle gibt dem Arzt, der KVSH und den Krankenkassen/ -verbänden von dem Widerspruch Kenntnis.

## **§ 13 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss**

- (1) Die Verfahren sind grundsätzlich schriftlich. Die Sitzungen des Beschwerdeausschusses/Kammer sind nicht öffentlich. An den Sitzungen nehmen der unparteiische Vorsitzende, die Ausschussmitglieder und Vertreter der Prüfungsstelle teil.
- (2) Der Beschwerdeausschuss/Kammer kann die Teilnahme der Verfahrensbeteiligten, insbesondere die persönliche Anhörung des Vertragsarztes, beschließen (mündliche Verhandlung).
- (3) Die Beteiligten können die persönliche Anhörung vor dem Beschwerdeausschuss/ der Kammer beantragen. Sie haben außerdem das Akteneinsichtsrecht gemäß § 25 SGB X. Die Krankenkassen/-verbände und die KVSH verfügen vor dem Beschwerdeausschuss über ein Anhörungsrecht. Zu einer mündlichen Verhandlung vor dem Beschwerdeausschuss/ der Kammer sind die Beteiligten unter Einhaltung einer Frist von 14 Tagen zu laden. Bei Nichterscheinen der Geladenen kann auch ohne deren Anwesenheit entschieden werden; hierauf ist in der Ladung hinzuweisen. Die Entscheidung erfolgt durch Beschluss. Der Beschluss ist zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen. Der Beschluss sollte den Verfahrensbeteiligten innerhalb von zwei Monaten nach Beschlussfassung bekannt gegeben werden. Eine Ausfertigung des Beschlusses ist dem betroffenen Arzt zuzustellen. Die Krankenkassen/-verbände, die Ersatzkassen und die KVSH erhalten den Beschluss auf Datenträger.
- (4) Über jede Sitzung des Beschwerdeausschusses/Kammer ist eine Niederschrift anzufertigen, die die Namen der Sitzungsteilnehmer sowie die Beschlüsse und Protokollnotizen enthält. Das Abstimmungsverhältnis darf nicht festgehalten werden. Die Niederschrift ist vom unparteiischen Vorsitzenden zu unterzeichnen. Die Krankenkassen/-verbände, die Ersatzkassen und die KVSH erhalten die Niederschrift auf Datenträger.
- (5) Die Bestimmungen des SGB X bleiben unberührt.

#### **§ 14**

##### **Datenlieferung für die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung**

- (1) Die Lieferung der erforderlichen Daten erfolgt gemäß den §§ 296, 297 und 298 SGB V und gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung.
- (2) Die Prüfungsstelle prüft die Qualität der zur Verfügung gestellten Daten. Anhaltspunkt ist der Vergleich mit den geprüften Daten zur Richtgrößeninformation.
- (3) 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.
- (4) Für die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V stellt die KVSH der Prüfungsstelle auf der Grundlage des Abschnitts 6 i.V.m. der analogen Anwendung des Abschnitts 4 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä/ EKV) die in § 12 des vorgenannten Vertrages vereinbarten Datensätze zur Verfügung.
- (5) Die Krankenkassen/-verbände erhalten die GKV-Anzahlstatistik nach Anlage 7 dieser Vereinbarung.

#### **§ 15**

##### **Regressrückflüsse**

Den vollziehbar festgesetzten Regressbetrag aus verordneten Leistungen bzw. Schadensersatz verrechnet die KVSH mit den beteiligten Krankenkassen unmittelbar nach der Mitteilung durch die Prüfungsstelle durch Berücksichtigung im Formblatt 3, Kontenart 395, 396 und 399. Die KVSH hat in der jeweiligen Höhe Regressforderungsansprüche gegen den Vertragsarzt.

#### **§ 16**

##### **Information und Beratung**

- (1) In erforderlichen Fällen berät die Prüfungsstelle die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung.
- (2) Beratungen aufgrund von Richtgrößenüberschreitungen erfolgen, wenn das Verordnungsvolumen des Vertragsarztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 % übersteigt und auf Grund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Im Rahmen der Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten kann die Prüfungsstelle die Teilnahme des Vertragsarztes an einer Arznei- oder Heilmittelberatung beschließen.

- (3) Die in Absatz 2 genannten Beratungen werden von der Prüfungsstelle durchgeführt. Qualifizierte Berater können an der Durchführung der Beratung beteiligt werden. Die Beratungen erfolgen in Gruppen oder einzeln.
- (4) Im Fall von Gruppenberatungen sollen die Beratungsgruppen unter Berücksichtigung ganzheitlicher Behandlungsansätze zusammengestellt werden, um eine gleichbleibend wirtschaftliche und dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung bei interdisziplinärer Behandlung zu fördern. Hierbei ist zu beachten, dass die beteiligten Fachgruppen gemeinsame Schnittstellen aufweisen müssen (z. B. Hausärzte und Internisten/ Kardiologen/ Urologen etc.).
- (5) Ärzte aus Fachgebieten, bei denen keine oder nur geringe Schnittstellenprobleme mit Hausärzten auftreten, werden in fachspezifischen Gruppen beraten (gilt z. B. für Augen-, HNO-, Hautärzte, Anästhesisten, Gynäkologen).
- (6) Als Grundlage für die Beratung werden zeitnahe vergleichende Übersichten über die vom Vertragsarzt verordneten Arzneimittel nach Indikations- und Wirkstoffgruppen – bei Heilmitteln nach Indikationsgruppen und Heilmittelarten – sowie patientenbezogene Auswertungen herangezogen. Der zu beratende Vertragsarzt erhält seine individuelle Verordnungsanalyse zur Vorbereitung auf die Beratung vorab zugesandt.

#### **§ 17 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder nur teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

#### **§ 18 Inkrafttreten und Kündigung**

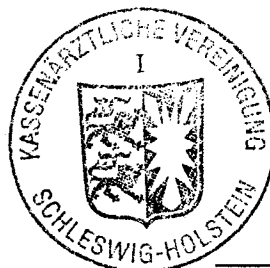
- (1) Diese Prüfvereinbarung tritt zum 01.01.2008 in Kraft und ersetzt die bis zu diesem Zeitpunkt geltende Prüfvereinbarung vom 05.01.06 einschließlich der hierzu getroffenen Ergänzungsvereinbarungen. Die Regelung in § 18 Abs. 1 Satz 5 bleibt hiervon unberührt. Soweit das Inkrafttreten dieser Vereinbarung zum 01.01.2008 nicht rechtswirksam sein sollte, gelten anstelle der betreffenden Regelungen die Regelungen der Prüfvereinbarung vom 05.01.06 fort. Die KVSH veröffentlicht die Vereinbarung im S.-H. Ärzteblatt und auf ihrer Internetseite.  
Für die arztbezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeitsziele gemäß der Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung für das Jahr 2007 gilt die am 15.11.2006 vereinbarte 2. Ergänzung zur Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 05.01.2006 in der Fassung vom 03.07.2006 fort. Für die arztbezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeitsziele gemäß den Zielvereinbarungen zur Steuerung der Arzneimittelversorgung für die Jahre ab 2008 gelten jeweils die Regelungen der betreffenden Zielvereinbarungen.

- (2) Diese Prüfvereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung seitens der Krankenkassen kann nur gemeinsam und einheitlich erfolgen.
- (3) Ab 01.07.2008 treten die Ersatzkassen anstelle der Ersatzkassenverbände in diesen Vertrag ein, ohne dass es einer gesonderten Vereinbarung bedarf. Der vdek ist zum Abschluss bevollmächtigt worden.

**§ 19**  
**Vorbehaltsklausel**

Dieser Vertrag steht ggf. unter dem Vorbehalt der aufsichtsrechtlichen Nichtbeanstandung.

Bad Segeberg, Kiel, Hamburg, Schwerin, den 23. Februar 2010



Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein

\_\_\_\_\_

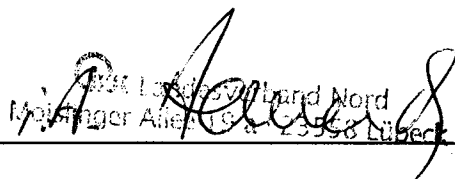
AOK Schleswig-Holstein  
- Die Gesundheitskasse -

\_\_\_\_\_

BKK-Landesverband NORD

\_\_\_\_\_

IKK-Landesverband Nord

  
IKK-Landesverband Nord  
Meißinger Allee 10 a 23558 Lübeck


Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Schleswig-Holstein und Hamburg



Verband der Ersatzkassen (vdek)  
Landesvertretung Schleswig-Holstein  
- Der Leiter der Landesvertretung -



Knappschaft  
Regionaldirektion Hamburg





Anlagenverzeichnis zur

Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 23.02.2010:

Anlage 1	zu § 6 Abs. 1	Arztbezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeitsziele gemäß der Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung
Anlage 2	zu § 7 Abs. 2 und zu § 14 Abs. 1	Datenlieferung für die Richtgrößenprüfung
Anlage 3	zu § 7 Abs. 12	Zweitmeinungsverfahren
Anlage 4	zu § 7 Abs. 13	Berechnungsschritte zur Regressfestsetzung
Anlage 5	zu § 8 Abs. 4	Zufälligkeitsprüfung (Stichprobe)
Anlage 6	zu § 10 Abs. 7	Muster für den Antrag auf Festsetzung eines Schadens
Anlage 7	zu § 14 Abs. 5	GKV-Anzahlstatistik

**Anlage 1  
zu § 6 Abs. 1 Nr. 5  
der Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 23.02.2010**

**Arztbezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeitsziele  
gemäß der Zielvereinbarung zur  
Steuerung der Arzneimittelversorgung**

- (1) Es werden arztbezogen die Wirtschaftlichkeitsziele gemäß der Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung geprüft, die die Vertragspartner auf der Basis des § 84 Absatz 1 Ziffer 2 SGB V vereinbart haben.
- (2) Die Prüfung erfolgt von Amts wegen und wird nach Abschluss des Kalenderjahres auf der Grundlage geprüfter Arznei-Verordnungsdaten durchgeführt.
- (3) Als Prüfgrundlage stellt das Biometrische Zentrum (BZN) die Ergebnisse der arztbezogenen Berechnungen der Prüfungsstelle zur Verfügung. Die Prüfungsstelle stellt die Durchführung der Prüfmaßnahmen sicher.
- (4) Die Zielfeldüberprüfung erfolgt anhand der Zielwerte gemäß der jeweils gültigen Fassung der Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung. Für die Zielfeldüberprüfung werden je Zielwert die in der jeweils gültigen Zielvereinbarungsfassung vereinbarten Schwellen- oder Grenzwerte zu Grunde gelegt. Dies gilt auch für die sich anschließenden Maßnahmen.
- (5) Eine Saldierung der Zielfelder findet nicht statt. Hinsichtlich evtl. Prüfmaßnahmen werden Zielfelder nur dann berücksichtigt, wenn mindestens 25 Verordnungen pro Zielfeld und Jahr vorliegen.
- (6) Für die Festsetzung von Regressbeträgen gilt die Bagatellgrenze nach § 6 Abs. 9 der Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V.
- (7) Ein in diesem Verfahren festgesetzter Regressbetrag wird auf einen Regress aus der Arzneimittel-Richtgrößenprüfung nach § 7 Abs. 13 der Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V für das gleiche Kalenderjahr angerechnet.
- (8) Näheres regelt die Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneiversorgung in ihrer jeweils gültigen Fassung.

**Anlage 2**  
**zu § 7 Abs. 2 sowie zu § 14 Abs. 1**  
**der Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 23.02.2010**

**- Datenlieferung für die Richtgrößenprüfung -**

Für die Datenlieferung zur Richtgrößenprüfung im Bereich der Arzneimittel gilt der Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä und EKV).

Für Heilmittel richtet sich die Datenlieferung insbesondere nach der jeweiligen Richtgrößenvereinbarung für das betreffende Jahr.

**Anlage 3  
zu § 7 Abs. 12  
der Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 23.02.2010**

**- Zweitmeinungsverfahren -**

- (1) Eine bei der Prüfungsstelle eingerichtete, paritätisch besetzte Kommission prüft im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens den zulassungskonformen und indikationsgerechten Einsatz bestimmter Wirkstoffe. Zudem ist der Aspekt der Wirtschaftlichkeit zu bewerten und dem verordnenden Arzt mitzuteilen.

Jeder Vertragsarzt kann bei der Kommission einen Antrag stellen und eine Entscheidung darüber veranlassen, ob es sich bei dem betreffenden Behandlungsfall um einen indikations- und zulassungskonformen Einsatz des Wirkstoffes handelt. Der Antrag ist mit dem entsprechenden Antragsbogen an die Kommission zu richten. Das Zweitmeinungsverfahren kann sich sowohl auf Neufälle als auch auf bereits laufende Therapien beziehen. Es werden allerdings keine rückwirkenden Genehmigungen ausgesprochen.

- (2) Grundsätzlich hat der Vertragsarzt beim Einsatz von zweitmeinungsrelevanten Wirkstoffen das Wirtschaftlichkeitsgebot und ggf. die Therapiehinweise des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 17 der Arzneimittel-Richtlinie (AMRL Abschnitt H) zu beachten.
- (3) Die Vertragspartner einigen sich, bei welchen Wirkstoffen das Zweitmeinungsverfahren Anwendung finden soll. Die Liste dieser Wirkstoffe kann einvernehmlich angepasst werden. Aktuelle Information z. B. zu den Wirkstoffen und Antragsbögen sind dem Internetauftritt der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein bzw. der Prüfungsstelle zu entnehmen.

**Anlage 4  
zu § 7 Abs. 13  
der Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 23.02.2010**

**- Berechnungsschritte zur Regressfestsetzung -  
mit fiktivem Rechenbeispiel**

Arzt-Nr	Prüfzeitraum	Name	Praxisort
01 00 000	Kalenderjahr	Dr. Mustermann	Musterort
Punkt	Prüfdaten		
A	Richtgrößensumme	102.000,28	Summe der Produkte FZ(M/F/R) * RG(M/F/R)
B	Ausgaben Gesamt	135.000,35	Kasse
C	Anlage 2	354,21	Kasse
D	Zuzahlung Arzt	2.010,72	Kasse
E	Korrekturfaktor Zuzahlung	1,00100	Anteil-FG / Anteil-Arzt
F	Korrekturbetrag Zuzahlung	2,01	{ [ Faktor(E) x Zuz.Arzt(D) ] Zuz.Arzt(D) }
G	Null-Verordnungen	152,13	(Brutto incl. 0) - (Brutto ohne 0)
H	Rabatt in Euro	6.531,20	Gesetz
I	Bemessungsgrenze für Regressbe- rechnung in %	25,0	Gesetz
J	Richtgröße plus zulässige Überschreitung	127.500,35	A + ( A / 100 * I )
<b>1. Aufgreifkriterium</b>			
K	Ausgaben Gesamt - Anlage(n)	134.646,14	B - C
L	Prüfquote 1 (in %) 1.3	32,0056572394	( K / A x 100 ) - 100
<b>2. Wirtschaftlichkeitsprüfung</b>			
M	Praxisbesonderheiten	3.500,00	Ausschuss
N	bereinigte Ausgaben 2.1	131.146,14	B - ( C + M )
O	Prüfquote 2 (in %) 2.2	28,5742941098	( N / A x 100 ) - 100
<b>3. Regressfestsetzung</b>			
P	bereinigte Brutto-Ausgaben	130.992,00	B - ( C + M + F + G )
R	Zuzahlung +Rabatt	8.541,92	D + H
S	bereinigte Netto-Ausgaben	122.450,08	P - R
T	Regressbetrag Netto	3.404,04	S / 100 x [ 100 - ( 100 / N * J ) ]

B  
R  
U  
T  
T  
O

**Anlage 5  
zu § 8 Abs. 4  
der Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 23.02.2010**

**- Zufälligkeitsprüfung (Stichprobe) -**

- 1) Die Stichprobe umfasst 2 v.H. der abrechnenden Ärzte, Psychotherapeuten sowie ärztlich geleiteten Einrichtungen (künftig „Ärzte“ genannt). Als Stichprobengruppen werden vereinbart:
  - Hausärzte
  - Fachärzte
  - Ermächtigte
  - Psychotherapeuten.
  
- 2) Der Prüfzeitraum umfasst für alle Quartale des Jahres 2007 insgesamt 5 Quartale einschließlich des Quartals, für das die Stichprobe gezogen wird (Auswahlquartal). Im Anschluss wird der Prüfzeitraum auf 4 Quartale reduziert (einschließlich Auswahlquartal).
  
- 3) Die KVSH ermittelt für jedes Quartal ab 1/2007 die Stichprobe per EDV-gestütztem Zufallsgenerator in Anwesenheit des Justizars oder – bei dessen Verhinderung – eines anderen Juristen mit der Befähigung zum Richteramt.  
Die Stichprobenziehung soll ab 2/2007 je Quartal bis 8 Wochen nach Ende des Prüfzeitraumes erfolgen. Das für das letzte Quartal des Prüfzeitraumes gültige Arztstammdatensverzeichnis bildet die Grundlage der zu bestimmenden Stichprobe.  
Das Ergebnis der Stichprobenziehung wird der Prüfungsstelle auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträger übermittelt.
  
- 4) Die Prüfungsstelle unterzieht die von der KVSH gezogene Stichprobe einer Überprüfung. Folgende Ärzte unterliegen nicht der Zufälligkeitsprüfung:
  - Ärzte,
    - die innerhalb der letzten 8 Quartale ergebnislos in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen waren,
    - die erst weniger als 3 Quartalsabrechnungen vorgelegt haben oder
    - die weniger als 50 Behandlungsfälle /Quartal abgerechnet haben.

Dies betrifft auch Sachverhalte, die bereits Gegenstand einer Abrechnungs- oder Qualitätsprüfung gewesen sind.

Die Grundgesamtheit zur Stichprobenziehung ist hiervon unberührt, d.h. wird nicht um diese oder ggf. in den Richtlinien genannte, von der Zufälligkeitsprüfung ausgenommenen Fälle bereinigt. Die Bereinigung erfolgt durch die Prüfungsstelle.

- 5) Die Prüfungsstelle informiert auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträger die KVSH und die Krankenkassen-/verbände über die nach der Bereinigung gemäß Ziffer 4 dieser Anlage in der Zufälligkeitsprüfung verbleibenden Ärzte. Die Prüfungsstelle informiert außerdem die in die Stichprobe einbezogenen Ärzte.
- 6) Die Vertragspartner vereinbaren folgende Prüfungsgegenstände:
  - Prüfung der in Gebührenordnungsnummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs abgebildeten ärztlichen Leistungen,
  - Prüfung von veranlassten Leistungen, insbesondere von aufwändigen Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten,
  - Prüfung der Durchführung von Leistungen durch den Überweisungsempfänger,
  - Prüfungen ärztlicher Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln,
  - Prüfung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und Krankenhauseinweisungen.
- 7) Soweit die Ergebnisse der Zufälligkeitsprüfung Veranlassung geben, eine Prüfung nach § 106 a SGB V durchzuführen, übermittelt die Prüfungsstelle entsprechende Erkenntnisse an die KVSH.
- 8) Als Anhaltspunkt für die Prüfungsstelle für die konkrete Bewertung der Beurteilungskriterien wird die Anlage 2 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbart.
- 9) Die in der Stichprobe enthaltenen Fälle, in denen eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden ist, werden gemäß § 275 Abs. 1 b SGB V von der Prüfungsstelle auf maschinell verwertbaren Datenträgern dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Prüfung zur Verfügung gestellt. Das Ergebnis der Prüfung teilt der MDK der Prüfungsstelle mit. Die gutachtliche Stellungnahme des MDK berücksichtigt die Prüfungsstelle bei ihrer Entscheidungsfindung.
- 10) Im Übrigen gelten die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung als unmittelbarer Bestandteil dieser Vereinbarung.

**Anlage 6  
zu § 10 Abs. 7  
der Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 23.02.2010**

**- Muster „Antrag auf Prüfung im Einzelfall“ -**

\*Name der Krankenkasse  
\*Anschrift  
\*Telefon  
\*Fax  
  
\*Geschäftszeichen  
\*Ansprechpartner  
\*Durchwahl  
\*E-Mail

\*) Individuelle Gestaltung / Angaben

**Leistungsbereich** (Arzneimittel/ Heilmittel/ Hilfsmittel)

**Antragsart** (z. B. Prüfung im Einzelfall gem. § ... Prüfvereinbarung)

**Arztnummer**  
**Arztname**  
**Praxisanschrift**

**Quartal** (in dem der mutmaßliche Schaden  
entstanden ist)      **Datum** der Antragstellung

<b>Präparat</b> (Beispiel)	<b>Beanstandungsgrund</b> (z. B. AMRL)	<b>Betrag</b> <sup>1</sup> (Brutto - Rabatte - Pat.anteil = X)
<b>Gynatren Amp.</b>	<b>AMRL Anlage III Nr. 46</b>	
Löwe, Leonie geb.		65,66 – 4,89 – 6,57 = <b>54,20 €</b>
Maus, Marion geb.		65,66 – 4,89 – 0,00 = <b>60,77 €</b>
<b>Aerius</b>	<b>AMRL § 12(11)</b>	
Steinlaus, Wladislaw geb.		39,46 – 4,28 – 5,00 = <b>30,18 €</b>
	<b>Summe</b>	<b>145,15 €</b>

Ggf. Erläuterungstext.

**AMRL Anlage III Nr. 46:** .....

**AMRL § 12(11):** .....

Unterschrift

Ggf. Anlagen

<sup>1</sup> Die Preise verstehen sich als Preisbeispiele



Kasse / Quartal ...											
Arztnummer/ Arztname											
Quartal	Patientenname	-vorname	Geb.-Datum	Vo.-Datum	Medikament	Beanstandungsgrund	Preis brutto	Rabatt	Preis netto	Zuzahlung	Schadenersatzforderung (Euro)
2/09	Fuchs	Ferdy	17.03.1932	14.06.2009	Diazepam 10 Stada	AMRL Anl. III Nr.45	11,52	2,43	9,09	0,00	9,09
2/09	Hempels	Gerda	12.05.1954	13.06.2009	Depot Clinovier	§ 24a SGB V	30,71	4,87	25,84	5,00	20,84
2/09	Hempels	Henry	05.02.1951	06.04.2009	Androtop Gel	AMRL Anl. III Nr.5	166,71	9,55	157,16	10,00	147,16
2/09	Hirsch	Harry	25.12.1956	26.05.2009	Viani Forte	§ 12 SGBV, AMRL § 9	333,75	17,27	316,48	0,00	316,48
2/09	Katze	Susi	25.11.1965	30.05.2009	Belara	§ 12 SGB V off-label-use	35,78	3,50	32,28	5,00	25,77
2/09	Löwe	Leo	03.04.1946	24.04.2009	Medikinet ret. 20 mg.	AMRL Anl. III Nr. 44	58,21	2,30	50,09	5,82	50,09
2/09	Meyer	Gerda	11.11.1929	21.06.2009	Berotec N DA	§12 SGBV, AMRL §9	180,66	19,44	161,22	30,00	131,22
2/09	Meyer	Gerda	11.11.1929	28.06.2009	Allergospasmin	§12 SGBV, AMRL §9	70,44	2,30	68,14	7,04	61,10
2/09	Müller	Hans	05.11.1955	05.04.2009	Concerta 54mg	VO außerhalb Zulassung	92,88	2,30	90,58	9,29	81,29
2/09	Müller	Hans	05.11.1955	02.05.2009	Concerta 54 mg	VO außerhalb Zulassung	92,88	2,30	90,58	9,29	81,29
2/09	Schmidt	Willi	03.01.1945	12.05.2009	Forsteo 3ml Injektor	AMRL Anlage IV	1.672,52	79,38	1.593,14	10,00	1.583,14
2/09	Schulze	Gertrud	04.07.1973	15.04.2009	Fluimucil long	AMRL § 13 (1), § 12 (11)	12,39	2,50	9,89	5,00	4,89
(alle Angaben fiktiv, Preise = Preisbeispiele)										<b>Summe</b>	<b>2.512,36</b>

Liste sortiert nach  
1.1 Patientenname  
1.2 Vorname d. Patienten

Erläuterungen zu den Beanstandungsgründen sind ggf. im Antragsschreiben aufzuführen

Muster "Anlage zum Antrag auf Prüfung im Einzelfall" – Patienten-bezogene Auflistung

**Anlage 7  
zu § 14 Abs. 5  
der Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 23.02.2010**

**- GKV-Anzahlstatistik -**

Die GKV-Anzahlstatistik ist gemäß dem Muster, das Bestandteil dieser Anlage ist, zu erstellen. Sie enthält u. a. als sogenannte nicht versichertenbezogene Zusammenstellung von Abrechnungsdaten gemäß § 1 Abs. 4 Anlage 6 BMV-Ä/EKV die nachstehend aufgeführten Angaben.

- (1) Aufbau Datensatz Gesamtübersicht:
1. Arztnummer,
  2. Arztgruppe, ggf. mit Untergruppe,
  3. Abrechnungsquartal,
  4. Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle, gesamt und getrennt nach dem Staus (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner),
  5. durchschnittliche Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle der Arztgruppe, gesamt und getrennt nach dem Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner),
  6. Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle, getrennt nach der Art der Inanspruchnahme (direkt/Überweisungsart gem. Bundesmantelvertrag, Notfall/Vertretung), gesamt und getrennt nach dem Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner),
  7. durchschnittliche Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle der Arztgruppe getrennt nach Art der Inanspruchnahme (direkt/Überweisungsart gem. Bundesmantelvertrag, Notfall/Vertretung), gesamt und getrennt nach dem Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner),
  8. Zahl der Ärzte in der Arztgruppe,
  9. für die Leistungsgruppen gemäß Formblatt 3 den durchschnittlichen Fallwert des Arztes und der Arztgruppe in Punktzahlen und Kosten in Euro nach Anwendung des EBM, gesamt und getrennt nach dem Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner),
  10. Gesamtfallwert des Arztes in Punktzahlen und Kosten in Euro nach Anwendung des EBM, gesamt und getrennt nach dem Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner),
  11. den durchschnittlichen Gesamtfallwert der Arztgruppe, ggf. Untergruppe in Punktzahlen und Kosten in Euro nach Anwendung des EBM, gesamt und getrennt nach dem Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner).
- (2) Aufbau Datensatz Häufigkeitsstatistik:
1. Arztnummer,
  2. Arztgruppe, ggf. mit Untergruppe,
  3. Abrechnungsquartal,
  4. absolute Häufigkeit und Häufigkeiten der abgerechneten Gebührennummern bezogen auf 100 Fälle des Arztes (relative Häufigkeit),
  5. Gesamtfallwert und Fallwert in Punktzahlen und Kosten in Euro der abgerechneten Gebührennummern des Arztes,
  6. Häufigkeit der abgerechneten Gebührennummern der Arztgruppe, ggf. der Untergruppe, bezogen auf 100 Fälle,
  7. Zahl und Anteil der Ärzte in der Arztgruppe, ggf. Untergruppe, welche die entsprechende(n) Gebührennummern abgerechnet haben,
  8. Fallwert der abgerechneten Gebührennummern der Arztgruppe, ggf. der Untergruppe in Punktzahlen und Kosten in Euro nach Anwendung des EBM.

26.09.08 PC4521

Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein

Anzahlstatistik

Blatt: 1

ambulant

BHF: xxx  
FZ-AM: xxx  
FZ-MU: xxx  
FZ-FR: xxx  
FZ: xxx  
AUF + UEB  
AUF + UEB

Quartal: x/xx

ANR							FG:							FZ							
Ziffer	Preis	LG	ANZ	AR/100	FG/100	MOD/AE ANZ	Ziffer	Preis	LG	ANZ	AR/100	FG/100	MOD/AE ANZ	Ziffer	Preis	LG	ANZ	AR/100	FG/100	MOD/AE ANZ	
01410	0		0	0,0	0,0	0,0	32040	0		0	0,0	0,0	0,0	32113	0		0	0,0	0,0	0,0	0
01415	0		0	0,0	0,0	0,0	32042	0		0	0,0	0,0	0,0	32120	0		0	0,0	0,0	0,0	0
01430	0		0	0,0	0,0	0,0	32056	0		0	0,0	0,0	0,0	32121	0		0	0,0	0,0	0,0	0
01435	0		0	0,0	0,0	0,0	32057	0		0	0,0	0,0	0,0	32122	0		0	0,0	0,0	0,0	0
01436	0		0	0,0	0,0	0,0	32058	0		0	0,0	0,0	0,0	32128	0		0	0,0	0,0	0,0	0
01600	0		0	0,0	0,0	0,0	32059	0		0	0,0	0,0	0,0	32135	0		0	0,0	0,0	0,0	0
01732	0		0	0,0	0,0	0,0	32060	0		0	0,0	0,0	0,0	32150	0		0	0,0	0,0	0,0	0
01740	0		0	0,0	0,0	0,0	32061	0		0	0,0	0,0	0,0	33012	0		0	0,0	0,0	0,0	0
01740M	0		0	0,0	0,0	0,0	32062	0		0	0,0	0,0	0,0	33042	0		0	0,0	0,0	0,0	0
03111	0		0	0,0	0,0	0,0	32063	0		0	0,0	0,0	0,0	40120	0		0	0,0	0,0	0,0	0
03112	0		0	0,0	0,0	0,0	32064	0		0	0,0	0,0	0,0	40122	0		0	0,0	0,0	0,0	0
03121	0		0	0,0	0,0	0,0	32065	0		0	0,0	0,0	0,0	40144	0		0	0,0	0,0	0,0	0
03122	0		0	0,0	0,0	0,0	32066	0		0	0,0	0,0	0,0	40150	0		0	0,0	0,0	0,0	0
03212	0		0	0,0	0,0	0,0	32068	0		0	0,0	0,0	0,0	80030	0		0	0,0	0,0	0,0	0
03241	0		0	0,0	0,0	0,0	32069	0		0	0,0	0,0	0,0	80031	0		0	0,0	0,0	0,0	0
03321	0		0	0,0	0,0	0,0	32070	0		0	0,0	0,0	0,0	80032	0		0	0,0	0,0	0,0	0
03322	0		0	0,0	0,0	0,0	32071	0		0	0,0	0,0	0,0	80033	0		0	0,0	0,0	0,0	0
03324	0		0	0,0	0,0	0,0	32073	0		0	0,0	0,0	0,0	99018	0		0	0,0	0,0	0,0	0
31011	0		0	0,0	0,0	0,0	32074	0		0	0,0	0,0	0,0	99018A	0		0	0,0	0,0	0,0	0
31012	0		0	0,0	0,0	0,0	32075	0		0	0,0	0,0	0,0	99095	0		0	0,0	0,0	0,0	0
31013	0		0	0,0	0,0	0,0	32076	0		0	0,0	0,0	0,0	99101A	0		0	0,0	0,0	0,0	0
32001	0		0	0,0	0,0	0,0	32078	0		0	0,0	0,0	0,0	99751	0		0	0,0	0,0	0,0	0
32005	0		0	0,0	0,0	0,0	32081	0		0	0,0	0,0	0,0	99753	0		0	0,0	0,0	0,0	0
32008	0		0	0,0	0,0	0,0	32082	0		0	0,0	0,0	0,0	99786A	0		0	0,0	0,0	0,0	0
32015	0		0	0,0	0,0	0,0	32083	0		0	0,0	0,0	0,0	99786B	0		0	0,0	0,0	0,0	0
32018	0		0	0,0	0,0	0,0	32085	0		0	0,0	0,0	0,0	99786D	0		0	0,0	0,0	0,0	0
32019	0		0	0,0	0,0	0,0	32089	0		0	0,0	0,0	0,0	99786E	0		0	0,0	0,0	0,0	0
32022	0		0	0,0	0,0	0,0	32092	0		0	0,0	0,0	0,0	99811	0		0	0,0	0,0	0,0	0
32023	0		0	0,0	0,0	0,0	32094	0		0	0,0	0,0	0,0	99813	0		0	0,0	0,0	0,0	0
32030	0		0	0,0	0,0	0,0	32101	0		0	0,0	0,0	0,0	99824	0		0	0,0	0,0	0,0	0
32031	0		0	0,0	0,0	0,0	32107	0		0	0,0	0,0	0,0	99825	0		0	0,0	0,0	0,0	0
pausch-Grundleist	0		0	0,0	0,0	0,0	Früherkennung	0		0	0,0	0,0	0,0	Labor (Punkte)	0		0	0,0	0,0	0,0	0
Besuche + Visiten	0		0	0,0	0,0	0,0	sonstige Hilfen	0		0	0,0	0,0	0,0	Labor (Kosten)	0		0	0,0	0,0	0,0	0
Betreu+Untersuch.	0		0	0,0	0,0	0,0	Sonderleistungen	0		0	0,0	0,0	0,0	Röntgen	0		0	0,0	0,0	0,0	0
allgem. Leistunge	0		0	0,0	0,0	0,0	phys.-medi.-Leist	0		0	0,0	0,0	0,0	GESAMT	0		0	0,0	0,0	0,0	0
Mutters.- Vorsorg	0		0	0,0	0,0	0,0															

- Muster -