

Z w i s c h e n

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

und

der AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse-, Kiel,
zugleich für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

dem BKK-Landesverband NORD, Hamburg,

dem IKK-Landesverband Nord, Lübeck,

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Schleswig-Holstein und Hamburg, Kiel,

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Siegburg,
Landesvertretung Schleswig-Holstein und

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg,
Landesvertretung Schleswig-Holstein

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 (§ 13). Die Plausibilität der Daten ist seitens der Prüfungsgremien festzustellen.

§ 2 Ausschüsse zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit

Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss (im folgenden Prüfungsgremien) bestehen jeweils aus 4 Vertretern der KVSH und der Krankenkassen/-verbände sowie jeweils 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, seines Stellvertreters und der weiteren Mitglieder der Prüfungsgremien 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 der Prüfungsgremien sind bei der Ausübung ihres Amtes fachlich nicht weisungsgebunden. Dies gilt nicht bei Entscheidungen nach § 4 Abs. 4 der WiPrüfVO. 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. Stellen die Prüfungsgremien klärungsbedürftige Sachverhalte fest, die nicht 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 sowie eines medizinischen Versorgungszentrums. Der unparteiische Vorsitzende, die Mitglieder des Prü-

fungsausschusses/ der Kammern und deren Stellvertreter können in demselben Verfahren nicht gleichzeitig Mitglied des Beschwerdeausschusses/ der Kammern sein.

§ 4 Beschlussfähigkeit

- (1) Die Prüfungsgremien sind 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) Die Prüfungsgremien beschließen mit Stimmenmehrheit; Stimmenthaltungen sind unzulässig. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden.
- (3) Die Sitzungen sind nicht öffentlich. Das Abstimmungsergebnis wird nicht namentlich dokumentiert. Die Anwesenheit der Geschäftsstelle ist zur Erfüllung ihrer Aufgaben gestattet.

§ 5 Aufgaben des unparteiischen Vorsitzenden und der Geschäftsstelle

- (1) Die unparteiischen Vorsitzenden der Prüfungsgremien stimmen die Termine der Ausschusssitzungen/Kammersitzungen mit der Geschäftsstelle ab, die danach die Termine festlegt. 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 seines Stellvertreters ergeben sich aus § 2 der WiPrüfVO.
- (3) Die Aufgaben der Geschäftsstelle ergeben sich aus § 4 der WiPrüfVO.
- (4) Für einzelne Prüfungsfälle können aus den Mitgliedern der Prüfungsgremien ärztliche Berichtersteller benannt werden, die den Sachverhalt vortragen und einen Beschlussvorschlag unterbreiten. Es können auch Sachverständige beauftragt werden. Die damit verbundenen Kosten trägt die Geschäftsstelle. Die Auswahl der Berichtersteller und Sachverständigen nimmt der unparteiische Vorsitzende auf Vorschlag der Prüfungsgremien oder der Geschäftsstelle vor.

§ 6 Prüfungsarten

- (1) Die Prüfungsgremien prüfen arztbezogen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch:
 1. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung) gemäß § 7
 2. 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. Prüfung nach Durchschnittswerten von ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (§ 9),
 4. Prüfung im Einzelfall (§ 10).
- (2) Auffälligkeits- und Zufälligkeitsprüfung werden vorrangig durchgeführt und schließen sich gegenseitig für denselben Zeitraum aus. Sofern Auffälligkeits- und Zufälligkeitsprüfung nicht durchgeführt werden, kann in demselben Bereich (Honorar-, Arznei- und Heilmittelbereich) eine Prüfung nach Durchschnittswerten erfolgen.
 - (3) Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Prüfungen sind, soweit dafür Veranlassung besteht,
 1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),
 2. die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),
 3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
 4. die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel.

Die Ausschüsse/Kammern 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) 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 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.
 - (5) 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.
 - (6) Stellen die Prüfungseinrichtungen sachliche oder rechnerische Fehler der Abrechnung (falsche Gebührennummer, fachfremde Leistungen, nicht vollständige Leistungserbringung) fest, geben sie die Abrechnung zur Berichtigung an die KVSH zurück. 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.
 - (7) Ergeben sich bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit Hinweise auf andere Pflichtverletzungen, informieren die Prüfungseinrichtungen die Vertragspartner.

- (8) 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.
- (9) Für den Fall fortgesetzt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind gemäß § 106 Abs. 3 SGB V pauschale Honorarkürzungen vorzunehmen.

§ 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 gemeinsamer Prüfeinrichtung regelt Anlage 1 der 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.

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.
- (4) 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.
- (5) Von der Arzneimittel - Richtgrößenprüfung ausgenommen sind die Kosten der Arzneimittel zur Ausnahme von Richtgrößenregelungen (gemäß Richtgrößenvereinbarung in der jeweils vereinbarten Fassung), der Impfstoffe zur Prävention, des Sprechstundenbedarfs sowie solcher Therapien bzw. Indikationsgebiete, die – soweit als solche anerkannt – regelmäßig Praxisbesonderheiten (gemäß Richtgrößenvereinbarung in der jeweils vereinbarten Fassung) begründen.
- (6) Sollten sich weitere, nicht im Rahmen der jeweils aktuellen Richtgrößenvereinbarung vereinbarten Wirkstoffe und/oder Indikationsgruppen als therapeutisch relevant und unverzichtbar erweisen, sind die Prüfungsgremien gehalten, die Voraussetzungen für die Anerkennung als Praxisbesonderheit zu prüfen und ggf. auch auf der Grundlage der von der KVSH gelieferten Kennziffern-Statistik gesondert zu berücksichtigen. Werden vom Arzt angemeldete Praxisbesonderheiten von den Prüfinstanzen nicht anerkannt, haben diese ihre Entscheidung zu begründen.
- (7) Das „Weiterbestehen“ einer Praxisbesonderheit wird nach Ablauf eines Jahres nach Anerkennung als Praxisbesonderheit überprüft.

- (8) Die besonderen Versorgungsverhältnisse einer Praxis sind im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen
- (9) Die im Rahmen eines bei der Prüfungseinrichtung eingerichteten Zweitmeinungsverfahrens unter medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten gefällten Beschlüsse sind von den Prüfungsgremien verbindlich anzuerkennen. Näheres hierzu regelt Anlage 2 zu dieser Vereinbarung.
- (10) 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 in der Anlage 3 zu dieser Vereinbarung dargestellt.
- (11) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird gemäß § 106 Abs. 5 d SGB V nicht festgesetzt, soweit der Prüfungsausschuss mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Ordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet.

§ 8 Zufälligkeitsprüfung (Stichprobe)

- (1) Die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise nach § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGBV wird auf der Grundlage einer arzt- und versichertenbezogenen Stichprobe geprüft. Die Stichprobe umfasst 2 v.H. der im jeweiligen Quartal bei der KVSH abrechnenden Ärzte.
- (2) Der einer Prüfung zu Grunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens ein Jahr. Die für die Prüfung notwendigen Daten werden der Geschäftsstelle von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.
- (3) In die Zufälligkeitsprüfung sollen keine Ärzte einbezogen werden, die
 - nach § 6 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 geprüft werden,
 - 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.
- (4) Die Zufälligkeitsprüfung erfolgt gemäß des in § 106 SGB V beschriebenen Verfahrens 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 werden die Vertragspartner in Anlage 4 vereinbaren.

§ 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 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) Stellen die Prüfungsgremien fest, dass in einzelnen Leistungsbereichen oder 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 Ordnungsverhalten früherer oder nachfolgender Quartale) zulässig.
- (5) 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) Der Prüfungsausschuss/die Kammer 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) Der Prüfungsausschuss/die Kammer 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) Der Prüfungsausschuss/ die Kammer 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 5 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 den Prüfungsgremien

- (1) Die Verfahren vor den Prüfungsgremien sind grundsätzlich schriftlich. Die Sitzungen sind nicht öffentlich. An den Sitzungen nehmen der unparteiische Vorsitzende, die Ausschussmitglieder und Mitarbeiter der Geschäftsstelle (§ 5 Abs. 3) teil.
- (2) Die Prüfungsgremien können die Teilnahme der Verfahrensbeteiligten, insbesondere die persönliche Anhörung des Arztes, 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.
- (4) Im Verfahren vor den Prüfungsgremien können Sachverständige angehört werden.
- (5) Die Prüfungsgremien entscheiden durch Beschluss. Der Beschluss ist zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und vom unparteiischen 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 und die KVSH erhalten den Beschluss auf Datenträger.
- (6) Über jede Sitzung der Prüfungsgremien 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 und die KVSH erhalten die Niederschrift auf Datenträger.
- (7) Die Bestimmungen des SGB X bleiben unberührt.

§ 12 Widerspruch

Gegen die Entscheidungen des Prüfungsausschusses/ der Kammer können innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Prüfbescheides der betroffene Arzt, die KVSH, die Krankenkassen/ -verbände als auch die betroffene Krankenkasse den Beschwerdeausschuss/ die Kammer anrufen. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Geschäftsstelle einzulegen. Die Geschäftsstelle gibt dem Arzt, der KVSH und den Krankenkassen/ -verbänden von dem Widerspruch Kenntnis.

§ 13 Datenlieferung für die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Lieferung der erforderlichen Daten erfolgt gemäß den §§ 296, 297 und 298 SGB V und gemäß Anlage 1 dieser Vereinbarung.
- (2) Die Geschäftsstelle prüft die Qualität der zur Verfügung gestellten Daten. Anhaltspunkt ist der Vergleich mit den geprüften Daten zur Richtgrößeninformation.
- (3) Macht der Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet der Prüfungsausschuss/die Kammern, ob die Zweifel hinreichend begründet sind. In den begründeten Zweifelsfällen ist die Richtigkeit der Daten mit Originalbelegen, Images oder Kopien zu belegen. Werden von den Krankenkassen/-verbänden nicht alle Unterlagen im Original oder in Kopie beigebracht, sind vom Regressbetrag Abschläge in entsprechender Höhe vorzunehmen.
- (4) Für die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V stellt die Kassenärztliche Vereinigung der Prüfungsgeschäftsstelle und den Krankenkassen/-verbände die in § 12 Anlage 6

BMV-Ä/EKV vereinbarten Datensätze in einem PC-verarbeitungsfähigen Tabellenformat auf Datenträger zur Verfügung.

§ 14 Regressrückflüsse

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

§ 15 Information und Beratung

- (1) In erforderlichen Fällen berät der Prüfungsausschuss/ die Kammer 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 der Prüfungsausschuss nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Im Rahmen der Prüfung der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten kann der Prüfungsausschuss/ die Kammer die Teilnahme des Arztes an einer Arznei- oder Heilmittelberatung beschließen.
- (3) Die in Absatz 2 genannten Beratungen können in geeigneten Fällen nach Vorgaben des Prüfungsausschusses/ der Kammer von der Geschäftsstelle durchgeführt werden. Qualifizierte Berater können an der Durchführung der Beratung beteiligt werden.
- (4) Die Beratungen erfolgen auf Beschluß des Prüfungsausschusses bzw. der Kammer in Gruppen oder einzeln.
- (5) 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.). 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 Arzt verordneten Arzneimittel nach Indikations- und Wirkstoffgruppen – bei Heilmitteln nach Indikationsgruppen und Heilmittelarten – sowie patientenbezogene Auswertungen herangezogen. Der zu beratende Arzt erhält seine individuelle Verordnungsanalyse zur Vorbereitung auf die Beratung vorab zugesandt.

§ 16
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.

§ 17
Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Prüfvereinbarung tritt zum 01.01.2004 in Kraft und ersetzt die bis zu diesem Zeitpunkt geltende Prüfvereinbarung vom 15.03.1995. Für Anträge, die bis 31.12.2005 gestellt worden sind, finden die Bestimmungen von § 10, Abs. 5 bis 7 keine Anwendung. Soweit das Inkrafttreten dieser Vereinbarung zum 01.01.2004 nicht rechtswirksam sein sollte, gelten anstelle der betreffenden Regelungen die Regelungen der Prüfvereinbarung vom 15.03.1995 fort.
- (2) Diese Prüfvereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung seitens der Krankenkassen kann nur gemeinsam und einheitlich erfolgen.

§ 18
Vorbehaltsklausel

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

Bad Segeberg, Kiel, Hamburg, Lübeck, den 05.01.2006

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

AOK Schleswig-Holstein
- Die Gesundheitskasse -

BKK Landesverband Nord

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Schleswig-Holstein und Hamburg,
in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes
der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Verband der Angestellten- Krankenkassen (VdAK)
Landesvertretung Schleswig-Holstein

Arbeiter-Ersatzkassen Verband (AEV)
Landesvertretung Schleswig-Holstein

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 05.01.2006

- Datenlieferung für die Richtgrößenprüfung -

(1) Für die Richtgrößenprüfung stellen die Krankenkassen/ -verbände bzw. die KVSH der Geschäftsstelle für die Ärzte, die aufgrund ihrer statistischen Abweichung in die Prüfung einzubeziehen sind, folgende Daten arzt- und patientenbezogen (ein Datensatz je ausgestelltem Rezept) zur Verfügung:

a) Arzneimittel:

- Fallzahlen, getrennt nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern bzw. Altersklassen,
- Diagnosen nach ICD 10 - Schlüssel
- Kassen-Nummer
- Arzt-Abrechnungsnummer
- Versichertennummer
- Versichertenstatus
- Name des Versicherten
- Vorname des Versicherten
- Geb.-Datum des Versicherten
- Belegnummer
- ausgewiesener Gesamtpreis auf dem Rezept
- ausgewiesener Zuzahlungsbetrag auf dem Rezept
- Verordnungsdatum des Arztes
- Erste PZN
- Anzahl / Einheiten
- Taxe des Medikaments
- Zweite PZN
- Anzahl / Einheiten
- Taxe des Medikaments
- Dritte PZN
- Anzahl / Einheiten
- Taxe des Medikaments

usw. bis 9 Verordnungen pro Rezept.

Name, Vorname und Geb.-Datum des Versicherten sind anzugeben, wenn keine Versicherten-Nr. vorliegt.

b) Heilmittel, differenziert nach der Verordnungsart (Physikal. Med, Ergotherapie, Logopädie):

- Fallzahlen getrennt nach Altersklassen, bzw. Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern,
- Diagnosen nach ICD 10 - Schlüssel
- die veranlassten Bruttoausgaben,
- die Zuzahlungsbeträge.

(2) Für die Richtgrößenprüfung stellt die Geschäftsstelle dem Prüfungsausschuss/ den Kammern folgende Daten vor Sitzungstermin in einem PC-verarbeitungsfähigen Tabellenformat arztbezogen zur Verfügung:

a) Arzneimittel:

- Arztnummer,
- Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen,
- Fallzahlen, getrennt nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern bzw. Altersklassen,
- die ermittelte Richtgrößensumme,
- die veranlassten Bruttoausgaben (ohne Nullverordnungen),
- die Zuzahlungsbeträge,
- die Beträge der Kosten für Arzneimittel und zur Ausnahme von Richtgrößenregelungen sowie der Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit (vgl. § 7 Abs. 10),
- Verordnungslisten mit den Einzelverordnungen des Arztes und den Diagnosen.

b) Heilmittel, differenziert nach der Verordnungsart (Physikal. Med, Ergotherapie, Logopädie):

- Arztnummer,
- Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößenvolumina,
- Fallzahlen getrennt nach Altersklassen, bzw. Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern,
- Diagnosen nach ICD 10 - Schlüssel,
- das ermittelte Richtgrößenvolumen,
- die veranlassten Bruttoausgaben,
- die Zuzahlungsbeträge.

Anlage 2 zur Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 05.01.2006

- Zweitmeinungsverfahren -

(1) Eine bei der Gemeinsamen 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 Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien 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 zu entnehmen.

Anlage 3 zur Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 05.01.2006
- 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 Re- gressberechnung in %	25,0	Gesetz
J	Richtgröße plus zulässige Überschreitung	127.500,35	$A + (A / 100 * I)$
1. Aufgreifkriterium			
K	Ausgaben Gesamt - Anlage(n)	134.646,14	B - C
L	Prüfquote 1 (in %) 1.3	32,0056572394	$(K / A \times 100) - 100$
2. Wirtschaftlichkeitsprüfung			
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	$(N / A \times 100) - 100$
3. Regressfestsetzung			
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	$S / 100 \times [100 - (100 / N * J)]$

B
R
U
T
T
O

Anlage 4 zur Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 05.01.2006
- Zufälligkeitsprüfung -

- zur Zeit unbesetzt -

**Anlage 5 zur Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V vom 05.01.2006
- Muster für den Antrag auf Festsetzung eines Schadens -**

*Name der Krankenkasse

*Anschrift

*Telefon

*Fax

*Geschäftszeichen

*Ansprechpartner

*Durchwahl

*E-Mail

*) Individuelle Gestaltung / Angaben

Leistungsbereich (Arzneimittel/ Heilmittel/ Hilfsmittel)

Antragsart (z. B. Schaden gem. § ... Prüfvereinbarung)

Arztnummer

Quartal (in dem der mutmaßliche Schaden entstanden ist)

Datum der Antragstellung

Arztname

Praxisanschrift

Präparat (Beispiel)	Beanstandungsgrund (z. B. AMR)	Betrag (Brutto - Rabatte - Pat.anteil = X)
Spondyvit Kps.	AMR 17.2 h	
Löwe, Leo geb.		32,64 - 3,42 - 4,50 = 24,72
Maus, Marion geb.		32,64 - 3,42 - 4,50 = 24,72
Uro Vaxom Kps.	AMR 17.2 f	
Steinlaus, Wladislaw geb.		25,65 - 1,64 - 4,00 = 20,01
Summe		69,45

Ggf. Erläuterungstext

Unterschrift

Ggf. Anlagen

Muster "Antrag auf Festsetzung eines Schadens"
- Patientenbezogene Auflistung -

Kasse / Quartal ../ ...											
Arztnummer/ Arztname											
Quartal	Patientenname	-vorname	Geb.-Datum	Vo.-Datum	Medikament	Beanstandungsgrund	Preis brutto	Rabatt	Preis netto	Zuzahlung	Schadenersatzforderung
2/03	Fuchs	Ferdy	17.03.1932	14.06.2003	Magium K	AMR 17.2.g	8,87		8,34	0,00	
2/03	Hempels	Gerda	12.05.1954	13.06.2003	Spondyvit	AMR 17.2.h	13,65		12,44	4,00	
2/03	Hempels	Henry	05.02.1951	06.04.2003	Bronchicum	AMR 16.1	5,00		4,43	0,00	
2/03	Hirsch	Harry	25.12.1956	26.05.2003	Terzolin	AMR 17.1.c	6,45		5,87	0,00	
2/03	Katze	Susi	25.11.1965	30.05.2003	Mg 5 Longoral	AMR 17.2.g	8,91		8,38	0,00	
2/03	Löwe	Leo	03.04.1946	24.04.2003	Malton E	AMR 17.2.h	13,22		12,43	0,00	
2/03	Maus	Marion	01.03.1945	02.04.2003	Medivitan	AMR 17.2.h	32,24		29,30	0,00	
2/03	Meyer	Gerda	11.11.1929	29.06.2003	Tardyferon Drg.	AMR 17.2.g	5,77		5,42	4,50	
2/03	Müller	Erna	21.06.1935	28.06.2003	Venoruton Gel	AMR 17.2.j	7,89		7,42	4,00	
2/03	Müller	Hans	05.11.1955	05.04.2003	Aspecton	AMR 16.1	6,60		6,02	4,00	
2/03	Müller	Hans	05.11.1955	02.05.2003	Biomagnesin	AMR 17.2.g	13,22		12,43	4,00	
2/03	Schmidt	Willi	03.01.1945	12.05.2003	Paracetamol	AMR 16.1	8,56		7,81	0,00	
2/03	Schulze	Gertrud	04.07.1973	15.04.2003	Gelomyrtol Forte	AMR 16.1	13,65		12,44	0,00	
2/03	Steinlaus	Wladyslaw	30.07.1961	04.06.2003	Mg 5 Longoral	AMR 17.2.g	4,30		4,04	0,00	
(alle Angaben fiktiv)										Summe	
Liste sortiert nach											
1.1 Patientenname											
1.2 Vorname d. Patienten											