

Zwischen

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

und

der **AOK NORDWEST- Die Gesundheitskasse**, Dortmund,

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Hamburg,

der **IKK Nord**, Lübeck,

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

den nachfolgend benannten 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,

Schleswig-Holstein, Wall 55, 24103 Kiel und

der **Knappschaft** – Regionaldirektion, Hamburg

wird folgende

Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V

geschlossen:

Präambel

Mit der vorliegenden Prüfvereinbarung vereinbaren die KVSH und die Krankenkassen/-verbände Inhalt und Durchführung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich im Bewusstsein ihrer Verantwortung für das solidarisch finanzierte System der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich Wirtschaftlichkeitsprüfung zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit.

Der Inhalt dieser Prüfvereinbarung beruht auf § 106 SGB V in der Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes (VStG) sowie auf dem Inhalt der „Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse nach § 106 Abs. 4a SGB V“ (Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung – WiPrüfVO) und den Richtlinien gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V („Zufälligkeitsprüfung“) in der jeweils gültigen Fassung.

§ 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 a.F. 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 vier 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 Rechtsstellung der Vorsitzenden und der 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/die 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 Stimmengleichheit 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/der 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/der Beschwerdeausschusses/-Kammern ärztliche Berichterstatter benannt werden, die den Sachverhalt vortragen und einen Beschlussvorschlag unterbreiten. Es können auch Sachverständige beauftragt werden. Die Auswahl der Berichterstatter und Sachverständigen nimmt der unparteiische Vorsitzende auf Vorschlag des/der 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.
- (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 Verordnungsdaten 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.

- (8a) Die Prüfungsstelle stellt den Vertragspartnern jeweils vier Wochen nach Quartalsende folgende Übersichten zur Verfügung:
1. eröffnete, laufende und abgeschlossene Prüffälle je Prüfungsart,
 2. Anzahl, Summe der festgesetzten Regresse je Prüfungsart.
- (9) Für die Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt grundsätzlich eine Geringfügigkeitsgrenze von 50 Euro je Betriebsstätte und je Quartal. Die Aufsummierung von mehr als vier Einzelpräparaten zur Überschreitung der Geringfügigkeitsgrenze bei Einzelfallprüfungen gem. § 10 ist unzulässig, es sei denn die Schadenssumme ist in der Jahresbetrachtung größer als 200 Euro. Darüber hinaus ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten. Die Regelungen der Sätze 1 und 2 gelten für die Prüfquartale ab dem 01. Januar 2012.
- (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 geprüfem Arzt mitzuteilen.
- (12) Gegenstand der Prüfungen nach § 106 Absatz 2 SGB V ist auch die Einhaltung der Verordnungseinschränkungen und Verordnungsausschlüsse in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V.
- (13) Die Bildung und Festlegung der Vergleichsgruppen erfolgt je Prüfart durch die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein in Abstimmung mit den Krankenkassen(-verbänden) gem. Anlagen 8 und 9 dieser Vereinbarung und den Regelungen der jeweils gültigen Richtgrößenvereinbarungen. Ergeben sich für die Prüfungsstelle in der Prüfung Hinweise, dass festgelegte Gruppen nicht prüfbar sind, so ist dies durch die Vertragspartner zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen. Grundsätzlich orientiert sich die Gruppenbildung an Abrechnungs- und Zulassungsfachgruppen.

§ 7

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

- (1) Die Prüfung wird gemäß gesetzlicher Bestimmungen nach § 106 SGB V durchgeführt. Ein Prüfverfahren wird eingeleitet, wenn das Verordnungsvolumen des Arztes nach Vorweg-Abzug vertraglich vereinbarter Wirkstoffe zur Ausnahme von Richtgrößenregelungen das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 % überschreitet.
- (2) Das für den einzelnen Vertragsarzt geltende Richtgrößenvolumen wird aus der Summe (mindestens vier Quartale) der Produkte aus fachgruppenspezifischen Richtgrößen gemäß geltender Richtgrößenvereinbarung 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.
- (3) 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) Für Versicherte der zu bereinigenden Hausarztzentrierten Versorgung wird dem HzV-Arzt je Teilnehmer ein Fall je Quartal hinzugefügt.
- (6) 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,
 - solcher Wirkstoffe und Therapien bzw. Indikationsgebiete, die – soweit als solche anerkannt – regelmäßig Praxisbesonderheiten (gemäß Richtgrößenvereinbarung in der jeweils vereinbarten Fassung) begründen.
- (7) § 7 Abs. 4 bis 6 dieser Vereinbarung gelten nur, sofern die Richtgrößenvereinbarung des jeweiligen Jahres nicht eine andere Regelung vorsieht. Im Zweifel ist die jeweilige Richtgrößenvereinbarung entscheidend.
- (8) 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.
- (9) Das „Weiterbestehen“ einer anerkannten Praxisbesonderheit wird nach Ablauf eines Jahres nach Anerkennung als Praxisbesonderheit überprüft.
- (10) Die besonderen Versorgungsverhältnisse einer Praxis sind im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen.
- (11) 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.
- (12) 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.

- (13) 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 die-

ser 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) 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 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 %. Die Regelung in Abs. 3 Satz 2 findet bei der Prüfung des Sprechstundenbedarfes keine Anwendung.

§ 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 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 oder im Falle seiner Urlaubs- oder Krankheitsabwesenheit vom für diesen Fall von den Vertragspartnern im Vorwege benannten Vertreter 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

- (1) 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.
- (2) Die nach § 6 Absatz 4 bereinigten Regressbeträge werden der Kassenärztlichen Vereinigung zwecks Regressaufteilung auf die Krankenkassen(-verbände) weitergeleitet. Die Aufteilung erfolgt gewichtet nach kassenbezogenen richtgrößenrelevanten MFR-Fallzahlen und proportional zu den im Prüfzeitraum zuletzt geltenden Richtgrößen.

§ 16

Information und Beratung

- (1) Gezielte Beratungen sollen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen (sog. Grundsatz „Beratung vor Regress“).
- (2) 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.
- (3) 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.

- (4) Nach erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % sowie bei Prüfungen nach Durchschnittswerten gemäß § 9 Abs. 2 und 3, die zu einer erstmaligen Regressfestsetzung führen würden, erfolgt eine individuelle Beratung wie unter Absatz 2 und zusätzlich mit besonderem Augenmerk auf Handlungsempfehlungen für die Zukunft. Dies gilt für die vorgenannten Prüfverfahren, über welche ab dem 01.01.2012 entschieden wird. Die Prüfungsstelle informiert im Rahmen der Beratung über die Möglichkeit des Antrages auf nachträgliche Anerkennung von Praxisbesonderheiten nach § 106 Absatz 5e Satz 5 SGB V. Anträge nach Satz 3 sind innerhalb von vier Wochen nach erfolgter Beratung zu stellen; hierauf hat die Prüfungsstelle hinzuweisen.
- (5) Die in Absatz 3 und 4 genannten Beratungen werden von der Prüfungsstelle grundsätzlich schriftlich durchgeführt. Sofern im Einzelfall mündliche Beratungen durchgeführt werden, können qualifizierte externe Berater hinzugezogen werden. Diese Beratungen erfolgen in Gruppen oder einzeln.
- (6) Bei der Beratung geht die Prüfungsstelle auf die jeweiligen Ursachen der Unwirtschaftlichkeit ein und zeigt individuell Verordnungsalternativen auf.
- (7) 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).
- (8) 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 1. Januar 2012 in Kraft und ersetzt die bis zu diesem Zeitpunkt geltende Prüfvereinbarung vom 23. Februar 2010. Soweit das Inkrafttreten zum 1. Januar 2012 nicht rechtswirksam sein sollte, gelten anstelle der betreffenden Regelungen die Regelungen der Prüfvereinbarung vom 23. Februar 2010 fort. Die KVSH veröffentlicht die Vereinbarung im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt (AEBL SH) und auf ihrer Internetseite.
- (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.

**§ 19
Rechtsänderung bei der LKK SHH**

Die für die Landwirtschaftliche Krankenkasse Schleswig-Holstein-Hamburg begründeten Rechte und Pflichten gehen zum 01.01.2013 auf die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) über (vgl. Art. 1 § 3 Abs. 2, Art. 14 Abs. 1 LSV-NOG).

**§ 20
Vorbehaltsklausel**

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

Bad Segeberg, Dortmund, Kiel, Hamburg, Lübeck, den 27. September 2012



Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg





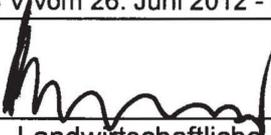
AOK NORDWEST
- Die Gesundheitskasse -, Dortmund



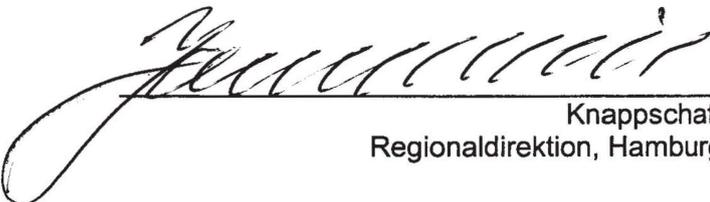
BKK - Landesverband NORDWEST, Hamburg



i.A.  Nord
Fördertower
Gablentzstr. 9
24114 Kiel
IKK Nord, Lübeck


Landwirtschaftliche Krankenkasse
Schleswig-Holstein und Hamburg, Kiel


Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein, Kiel


Knappschaft
Regionaldirektion, Hamburg

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	zu § 6 Abs. 1	Arztbezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeitsziele gemäß der Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung
Anlage 2	zu § 14 Abs. 1	Datenlieferung für die Richtgrößenprüfung
Anlage 3	zu § 7 Abs. 11	Regionales Zweitmeinungsverfahren
Anlage 4	zu § 7 Abs. 12	Muster Richtgrößenprüfung incl. Netto Regressberechnung
Anlage 5	zu § 8 Abs. 4	Zufälligkeitsprüfung (Stichprobe)
Anlage 6	zu § 10 Abs. 7	Muster Antrag auf Prüfung im Einzelfall
Anlage 7	zu § 14 Abs. 5	GKV-Anzahlstatistik
Anlage 8	zu § 6 Abs. 13	Honorarprüfgruppen
Anlage 9	zu § 6 Abs. 13	Sprechstundenbedarfsprüfgruppen

Anlage 1
zu § 6 Abs. 1 Nr. 5

**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 Bagatelldgrenze 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. 12 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 § 14 Abs. 1

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. 11

Regionales 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. 12

Muster Richtgrößenprüfung incl. Netto Regressberechnung

ID	ID-Bezeichnung	Beispiel	Quelle/Berechnung
R1	Richtgröße Mitglieder - brutto	50,00 €	Richtgrößenvereinbarung
R2	Richtgröße Familienangehörige - brutto	25,00 €	Richtgrößenvereinbarung
R3	Richtgröße Rentner - brutto	100,00 €	Richtgrößenvereinbarung
F1	Richtgrößenrelevante Fallzahl Mitglieder	200	KV
F2	Richtgrößenrelevante Fallzahl Familienangehörige	40	KV
F3	Richtgrößenrelevante Fallzahl Rentner	90	KV
K1	Fallzahlkorrekturfaktor Mitglieder	1,0	KV
K2	Fallzahlkorrekturfaktor Familienangehörige	1,0	KV
K3	Fallzahlkorrekturfaktor Rentner	1,0	KV
V1	Taxensumme der Rezeptpositionen	50.000,00 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
N1	Taxensumme reiner Notdienst außerhalb d. org. Notdienst	100,00 €	Bestimmung PS aus Daten der KK/KV
A1	Fehlerhafte Daten	200,00 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
A2	Hilfsmittel/Hilfsmittelmiete	200,00 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
A3	Impfstoffe	350,00 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
A4	Anlage 2	10.000,00 €	Bestimmung PS aus Daten der/des KK/KV/MDK
A5	Anlage 3	5.000,00 €	Bestimmung PS aus Daten der/des KK/KV/MDK
A6	Kontrazeptiva für Frauen < 20 Jahre	150,00 €	Bestimmung PS aus Daten der KK/KV
A7	Parenterale Antibiotikallösungen	200,00 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
A8	Parenterale Ernährungslösungen	150,00 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
A9	Parenterale Schmerzlösungen	150,00 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
A10	Parenterale Virustatikalösungen	450,00 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
B1	Rezepte ohne Patientenzuordnung	100,00 €	Bestimmung PS aus Daten der KK/KV
B2	Mehrkosten für DMP-Patienten	200,00 €	Bestimmung PS aus Daten der/des KK/KV/MDK
B3	Mehrkosten für Schmerzpatienten	150,00 €	Bestimmung PS aus Daten der/des KK/KV/MDK
B4	Anlage 4	1.250,00 €	Bestimmung PS aus Daten der/des KK/KV/MDK
B5	Sonstige Praxisbesonderheiten	850,00 €	Bestimmung PS aus Daten der KK/KV
Q1	Zuzahlungen und gesetzliche Rabatte	1.000,00 €	MDK
Q2	Nullverordnungen	500,00 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
RS	Richtgrößensumme - brutto	20.000,00 €	= R1 x F1 x K1 + R2 x F2 x K2 + R3 x F3 x K3
AS	Abziehende Posten – Vorprüfung	17.800,00 €	= A1+A2+A3+A4+A5+A6+A7+A8+A9+A10+N1
BS	Abziehende Posten – Prüfverfahren	2.200,00 €	= B1+B2+B3+B4+B5
VS	Richtgrößenrelevante Taxensumme	30.000,00 €	= V1-AS-BS
P1	Prüfquote 1	161 %	= (V1-AS)/RS
P2	Prüfquote 2	150 %	= (V1-AS-BS)/RS
P2 < 115 % → Keine Maßnahme			
P2 >= 115 % → Beratung			
P2 >= 125 % → Regress			
RB	Regressbetrag - brutto	5.000,00 €	= VS-1,25xRS
RN	Regressbetrag - netto	4.000,00 €	= RB-Q1-Q2

Richtgrößen sind Bruttobeträge incl. fachgruppendurchschnittlicher Rabatte und Zuzahlungen. Die Taxensumme der verordneten Präparate der Betriebstätte ist unbeeinflusst von der Patientenzuzahlung. Eine Zuzahlungsberücksichtigung vor der Netto Regressbestimmung erfolgt nicht. Der bei der Netto Regressberechnung abzusetzende Zuzahlungsanteil wird aus dem Maximum der Zuzahlungsquote der Patienten der Betriebstätte und dem durchschnittlichen Zuzahlungsanteil der Fachgruppe bestimmt. Diejenigen Taxen, die durch die Krankenkassen zu liefernden Rezeptdaten, werden im Rahmen der Vorprüfung auf das Preisniveau des zum Verordnungszeitpunktes günstigsten verfügbaren Generikums abzüglich 1,5 % abgesenkt, für deren Präparate bei der liefernden Krankenkasse ein Rabattvertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V zum Verordnungszeitpunkt vorlag. Die dazu nötigen Daten stellen die Krankenkassen im Zuge der Rezeptdatenlieferung der Prüfungsstelle zur Verfügung.

Grundsätzlich wird bei einer Datenfehlerrate von mehr als 10 % die Anforderung von einer ausreichenden Zahl Originalimages nötig, um die Prüfbarkeit sicher zu stellen. Nullpositionen werden bei der Netto- Regressberechnung berücksichtigt.

Anlage 5 zu § 8 Abs. 4

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 Prüfungszeitraum beträgt vier Quartale einschließlich des Quartales, für das die Stichprobe gezogen wird (Auswahlquartal).
- 3) Die KVSH ermittelt für jedes Quartal die Stichprobe per EDV-gestütztem Zufalls-generator in Anwesenheit des Justiziers oder – bei dessen Verhinderung – eines anderen Juristen mit der Befähigung zum Richteramt.
Die Stichprobenziehung soll je Quartal bis 8 Wochen nach Ende des Prüfzeitraumes erfolgen. Das für das letzte Quartal des Prüfzeitraumes gültige Arztstammdatenverzeichnis 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 Zufälligkeitprüfung 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

Muster „Antrag auf Prüfung im Einzelfall“

Name der Krankenkasse*
Anschrift*
Telefon*
Fax*

Geschäftszeichen*
Ansprechpartner*
Durchwahl*
E-Mail*

Leistungsbereich (Arzneimittel/Heilmittel/Hilfsmittel)

Antragsart (z. B. Prüfung im Einzelfall gem. § 10 Abs. 2 Prüfvereinbarung)

Betriebstättennummer/ggf. LANR Praxis-/Arztname Praxisanschrift	Quartal in dem der mutmaßliche Schaden entstanden ist	Datum Antragstellung
Präparat	Menge	Beanstandungsgrund (z. B. AMR)
Präparat A		Beanstandungsgrund Präparat A
Patientenname A, Patientenvorname A, Geburtsdatum Patient A	1	14,99 - 1,73 - 0 = 13,26
Patientenname B, Patientenvorname B, Geburtsdatum Patient B	1	14,99 - 1,73 - 0 = 13,26
Präparat B		Beanstandungsgrund Präparat B
Patientenname C, Patientenvorname C, Geburtsdatum Patient C	1	29,95 - 3,12 - 0 = 26,83
Summe		53,35

Ggf. Erläuterungstext:

z.B. Verordnungsausschluss verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Unterschrift

Ggf. Anlagen

*) Individuelle Gestaltung/Angaben

**) Die Preise verstehen sich als Preisbeispiele in Euro.

Muster "Anlage zum Antrag auf Prüfung im Einzelfall" - Patientenbezogene Auflistung

Krankenkasse / Quartal 1/2012

Betriebstättennummer, ggf. LANR, Praxis-/Arztname

Quartal	Patienten-nachname	Patienten-vorname	Geburtsdatum des Patienten	Verordnungsdatum	Präparat/Medikament	Beanstandungsgrund	Menge	Preis brutto	Rabatte	Preis netto	Zuzahlungen	Schadenersatzforderung (in Euro)
1/2012	Patientenname A	Patientenvorname A	17.03.1932	01.01.2012	Präparat A	Beanstandungsgrund A	1	11,52	2,43	9,09	0,00	9,09
1/2012	Patientenname B	Patientenvorname B	12.05.1954	01.03.2012	Präparat B	Beanstandungsgrund B	1	30,71	4,87	25,84	5,00	20,84
1/2012	Patientenname C	Patientenvorname C	05.02.1951	02.03.2012	Präparat C	Beanstandungsgrund C	1	166,71	9,55	157,16	10,00	147,16
1/2012	Patientenname D	Patientenvorname D	25.11.1965	07.03.2012	Präparat D	Beanstandungsgrund D	1	35,78	3,50	32,28	5,00	25,77
1/2012	Patientenname E	Patientenvorname E	03.04.1946	09.02.2012	Präparat E	Beanstandungsgrund E	1	58,21	2,30	50,09	5,82	50,09
1/2012	Patientenname F	Patientenvorname F	05.11.1955	21.03.2012	Präparat F	Beanstandungsgrund F	1	92,88	2,30	90,58	9,29	81,29
1/2012	Patientenname F	Patientenvorname F	05.11.1955	22.03.2012	Präparat F	Beanstandungsgrund F	1	92,88	2,30	90,58	9,29	81,29
1/2012	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

(alle Angaben fiktiv, Preise = Preisbeispiele)

Summe X.XXX,XX

Liste sortiert nach:

- 1 Patientennamen
- 2 Vorname des Patienten

Erläuterungen zu den Beanstandungsgründen sind ggf. im Antragsschreiben aufzuführen

Anlage 7 zu § 14 Abs. 5

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.

BSNR: 01

Praxisstatus: 01

LANr:

Datum:

Anzahlstatistik^{*)} 3/2011
Primär- und Ersatzkassen ambulant

Fachgruppe:
Blatt: 1

Fallzahl-Gesamt : 1.999
Fallzahl-Kurativ : 1.986

Leistung	Anzahl	eigener Durchschnitt auf 100 Fälle	Durchschnitt der Erbringerpraxen auf 100 Fälle	Durchschnitt von allen Praxen der Fachgruppe auf 100 Fälle	Anzahl Erbringerpraxen	Leistung	Anzahl	eigener Durchschnitt auf 100 Fälle	Durchschnitt der Erbringerpraxen auf 100 Fälle	Durchschnitt von allen Praxen der Fachgruppe auf 100 Fälle	Anzahl Erbringerpraxen
01410	103	5,2	5,0	4,8	1.805	89107A	3	0,2	0,2	0,0	196
01410H	182	9,2	3,3	2,7	1.502	89107R	2	0,1	0,1	0,0	282
01413	8	0,4	1,1	0,8	1.345	89111	144	7,3	4,8	4,5	1.761
01413H	703	35,4	8,1	6,0	1.324	89112	18	0,9	1,5	1,3	1.670
01415H	35	1,8	1,7	1,1	1.182	89119	5	0,3	0,4	0,2	780
01430	72	3,6	9,0	4,0	804	89124A	1	0,1	0,2	0,0	271
01621	1	0,1	0,3	0,2	1.256	89124B	1	0,1	0,2	0,0	150
01732	8	0,4	4,2	4,0	1.827	89124R	1	0,1	0,2	0,1	478
01740	2	0,1	0,4	0,2	951	89200A	1	0,1	0,2	0,0	72
01740M	1	0,1	0,3	0,2	947	89201R	1	0,1	0,4	0,2	916
01820	13	0,7	0,6	0,1	291	89202B	1	0,1	0,1	0,0	224
03110	2	0,1	1,5	0,5	698	89400	18	0,9	0,5	0,2	803
03111	1.026	51,7	47,1	21,3	938	89400R	10	0,5	0,7	0,4	1.060
03112	823	41,4	36,2	16,4	934	99090	1.551	78,1	121,3	111,1	1.746
03121	36	1,8	5,1	2,2	892	99095	212	10,7	2,5	2,4	1.769
03122	31	1,6	4,6	2,0	859	99101A	14	0,7	1,6	1,4	1.603
03212	423	21,3	42,0	41,8	1.915	99101C	4	0,2	0,4	0,2	959
31012	1	0,1	0,3	0,2	1.319	99105	90	4,5	5,0	3,9	1.418
32001	1.985	100,0	98,3	97,9	1.930	99751	4	0,2	0,4	0,2	1.017
32006	1	0,1	0,9	0,6	1.353	99753	55	2,8	4,7	3,8	1.479
32008	5	0,3	0,6	0,3	1.025						
32012	11	0,6	1,0	0,6	1.095						
32015	50	2,5	3,5	3,3	1.780						
32016	3	0,2	0,7	0,3	804						
32018	1	0,1	0,7	0,3	746						
32022	110	5,5	8,0	7,6	1.802						
32023	16	0,8	1,2	1,1	1.596						
32030	17	0,9	6,6	6,5	1.862						
32057	11	0,6	2,9	1,2	778						
35110	20	1,0	10,7	7,2	1.273						
80030	1.562	78,7	54,4	54,2	1.929						
80031	124	6,2	6,5	6,4	1.879						
80032	215	10,8	10,7	10,6	1.894						
80033	35	1,8	4,5	4,2	1.774						
80040	3	0,2	0,5	0,3	1.087						
89102A	5	0,3	0,3	0,2	944						
89102B	1	0,1	0,2	0,1	601						
89102R	2	0,1	0,2	0,1	733						
89105R	1	0,1	0,1	0,0	96						
89106A	1	0,1	0,2	0,0	200						

Zu Lasten Sonstige Kostenträger abgerechnete Leistungen sind hierin nicht enthalten!
M = Kennzeichnung für männlich V = Kennzeichnung für Vorsorge

*) Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Prüfstelle unter den Telefonnummern: 04551-9010-11

-12

-13

**Anlage 8
zu § 6 Abs. 13**

Honorarprüfgruppen

Anästhesisten
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte
Ärzte für Nervenheilkunde
Augenärzte
Chirurgen
Endokrinologen
FA für Neurochirurgie
Fachinternisten ohne Schwerpunkt
Gastroenterologen
Gynäkologen
Hausärzte
Hautärzte
HNO-Ärzte und Phoniater/Pädaudiologen
Humangenetiker
Institute/Krankenhäuser mit Notdienst
Kardiologie / Angiologie
Kinder - und Jugendlichenpsychotherapeuten
Kinder - und Jugendpsychiater
Kinderärzte, Kinderkardiologen und Kinderpneumologen
Labormediziner
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen
Nephrologen
Neurologen
Onkologen
Orthopäden
Pathologen
Physikalisch-Rehabilitative Mediziner
Pneumologen
Psychiatrie und Psychotherapie
Psychologische Psychotherapeuten
Psychotherapeutische Mediziner
Radiologen und Nuklearmediziner
Rheumatologen
Strahlentherapeuten
Teilermächtigte / Sonstige
Transfusionsmediziner
Urologen

Anlage 9
zu § 6 Abs. 13

Sprechstundenbedarfsprüfgruppen

Hausärzte
Anästhesisten
Augenärzte
Chirurgen
Frauenärzte
HNO-Ärzte
Hautärzte
Kinderärzte
Neurologie/Nervenheilkunde
Psychiatrie und Psychotherapie/Nervenheilkunde
Internisten (Fachärzte)
Internisten (Pneumologie)
Internisten (Kardiologie)
Internisten (Hämatologie / Onkologie)
Internisten (Gastroenterologie)
Internisten (Endokrinologie)
Internisten (Rheumatologie)
Internisten (Nephrologie)
Institute/Krankenhäuser mit Notdienst
Orthopäden (einschließlich Ärzte für phys./ rehab. Medizin)
Urologen
Radiologen
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen
Kinder-/Jugendpsychiater
Ärztliche Psychotherapeuten
Strahlentherapeuten
Notfallabrechnungen/Anlaufpraxen
Notfallabrechnungen/Anlaufpraxen (Kinder)