

Zwischen

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

und

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

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Hamburg

der **IKK Nord**, Lübeck

der **Knappschaft** - Regionaldirektion Nord, Hamburg

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als **landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)**, Kiel und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:

Techniker Krankenkasse (TK),

BARMER GEK,

DAK - Gesundheit,

Kaufmännische Krankenkasse - KKH,

Handelskrankenkasse (hkk),

HEK - Hanseatische Krankenkasse,

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 Satz 6 SGB V: **Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)**, vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein, Wall 55, 24103 Kiel

nachfolgend **Krankenkassen(-verbände)** genannt, soweit keine andere Bezeichnung angegeben ist,

wird folgende

Prüfvereinbarung gemäß §§ 106 Abs. 1, 106a Abs. 4 und 106b Abs. 1 SGB V

geschlossen:

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Regelungsbereich

- (1) Die Prüfvereinbarung regelt das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit sowie der im Krankenhaus erbrachten ambulanten und belegärztlichen Leistungen, jeweils einschließlich ärztlich verordneter Leistungen, nach den §§ 106 ff. SGB V. Als Mindeststandards in allen relevanten Bereichen ärztlicher verordneter Leistungen gelten die Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V soweit diese verbindliche Regelungen enthalten.
- (2) Als Ärzte im Sinne dieser Vereinbarung gelten:
 - a. zugelassene Vertragsärzte inkl. belegärztlicher Leistungserbringung,
 - b. persönlich ermächtigte Ärzte nach § 116 SGB V,
 - c. zugelassene Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V,
 - d. ärztlich geleitete Einrichtungen gemäß § 95 Abs. 1 SGB V,
 - e. medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Abs. 1 SGB V,
 - f. ermächtigte Krankenhäuser gemäß § 116a SGB V,
 - g. Notfallambulanzen an Krankenhäusern,
 - h. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser, soweit sie gemäß § 116b SGB V berechtigt sind, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu erbringen,
 - i. ermächtigte Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V,
 - j. psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 1 und 2 SGB V,
 - k. geriatrische Institutsambulanzen gemäß § 118a SGB V,
 - l. sozialpädiatrische Zentren gemäß § 119 SGB V,
 - m. medizinische Behandlungszentren § 119c SGB V,
 - n. Fachwissenschaftler der Medizin nach § 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte,
 - o. zugelassene und ermächtigte psychologische Psychotherapeuten,
 - p. zugelassene und ermächtigte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
 - q. in Notfällen in Anspruch genommene Nichtvertragsärzte und ermächtigte Krankenhäuser,
 - r. ermächtigte Ärzte nach § 24 Abs. 3 Zulassungsverordnung.
- (3) Die in Abs. 2 Buchstaben h. bis j. sowie l. und m. aufgeführten Ärzte/Einrichtungen können auf Basis gesonderter Beauftragungsvereinbarungen der Krankenkassen(-verbände) mit der Prüfungsstelle gegen Kostenersatz geprüft werden, soweit mit den Leistungserbringern nichts Abweichendes vereinbart wurde. Dies gilt insbesondere für die Prüfung von:

- a. Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements (§ 39 Abs. 1a Satz 5 SGB V),
- b. Verordnungen bei Inanspruchnahme eines Krankenhauses (§ 76 Abs. 1a SGB V),
- c. Verordnungen im Rahmen spezialfachärztlicher Versorgung (§ 116 b SGB V).

Die aufgrund der gemeinsamen Ressourcennutzung und sich ggf. überschneidender Prüfung und Datenlieferung notwendigen Festlegungen regelt Anlage 4 dieser Vereinbarung.

- (4) Die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen im Rahmen der Teilnahme an Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V außerhalb der in § 73 SGB V i. V. m. § 83 SGB V geregelten vertragsärztlichen Versorgung durch die Prüfungsstelle ist möglich. Den Rahmen für den anteiligen Kostenersatz und die ggf. zusätzlich notwendigen Datenlieferungen vereinbaren die Vertragspartner in Anlage 4.
- (5) Die Verfahren der Prüfungsstelle für Krankenkassen gegen Kostenersatz führen zu keiner Einschränkung der gemeinsam durch die Vertragspartner getragenen Prüfungen.
- (6) Das Ergebnis der Prüfungen im Rahmen dieser Vereinbarung ist den Vertragspartnern von der Prüfungsstelle je geprüfem Arzt oder je geprüfter Hauptbetriebsstätte mitzuteilen.
- (7) Die Prüfungen erfolgen auf der Grundlage der von den Vertragspartnern nach diesem Vertrag zu übermittelnden Daten.

II. Einrichtungen

1. Grundsätze

§ 2

Organisation

Die Aufbau- und Ablauforganisation der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses richtet sich nach den vereinbarten Grundsätzen der gültigen Prüfvereinbarung.

2. Beratungskommission

§ 3

Beratungskommission

- (1) Die Vertragspartner bilden zur fachlichen und operativen Unterstützung, insbesondere in mündlichen Verhandlungen der Prüfungsstelle, eine Beratungskommission. Die Prüfungsstelle 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 Beratungskommission hat keinen Prüfungsauftrag.

- (2) Sie besteht aus mindestens jeweils zwei Vertretern der Krankenkassen(-verbände) sowie der KVSH. 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.
- (3) Die Entscheidung über die Anhörung der Beratungskommission ist innerhalb der Prüfungsstelle Sache des Leiters.

3. Regionales Zweitmeinungsverfahren

§ 4

Regionales Zweitmeinungsverfahren

Die Vertragspartner können über das Jahr 2016 hinaus weitere regionale Zweitmeinungsverfahren einrichten bzw. bestehende weiterführen. Näheres hierzu regelt Anlage 3 dieser Vereinbarung.

4. Beschwerdeausschuss

4.1 Kammern

§ 5

Kammerbildung Beschwerdeausschuss

Eine Untergliederung des Beschwerdeausschusses gem. § 106c Abs. 1 SGB V in entscheidungsfähige Kammern ist möglich. Für die Stellvertretung und den Fall der Kammerbildung sind die Einzelheiten der Aufgabenverteilung in einer Geschäftsordnung festzulegen. Der Begriff Beschwerdeausschuss wird im Rahmen dieser Vereinbarung synonym für den Beschwerdeausschuss und dessen Kammern verwendet.

4.2 Ausschussmitglieder

§ 6

Ausschussmitglieder Beschwerdeausschuss

- (1) Der Beschwerdeausschuss besteht aus je vier Vertretern der KVSH und der Krankenkassen (-verbänden) sowie einem unparteiischen Vorsitzenden.
- (2) Entsprechend dem Prüfungsbedarf können Stellvertreter für den Vorsitzenden und die Ausschussmitglieder bestellt werden.
- (3) Die Amtsperiode des Vorsitzenden, seiner/s Stellvertreter/s und der weiteren Mitglieder beträgt zwei Jahre. Die KVSH und die Krankenkassen(-verbände) haben das Recht, die jeweils von ihnen entsandten Mitglieder von ihrem Amt zu entbinden.

- (4) Für einzelne Prüfungsfälle können aus den Mitgliedern des Beschwerdeausschusses ärztliche Berichtersteller benannt werden, die den Sachverhalt vortragen und einen Beschlussvorschlag unterbreiten. Es können auch Sachverständige beauftragt werden.

4.3 Vorsitzender

§ 7

Aufgaben des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses

- (1) Der unparteiische Vorsitzende des Beschwerdeausschusses stimmt die Termine der Ausschusssitzungen mit der Prüfungsstelle ab.
- (2) Die weiteren Aufgaben des unparteiischen Vorsitzenden oder seiner/s Stellvertreter/s ergeben sich aus § 2 der WiPrüfVO.
- (3) Die Auswahl der Berichtersteller und Sachverständigen nimmt der unparteiische Vorsitzende auf Vorschlag des Beschwerdeausschusses vor.

4.4 Ausübung des Amtes der Ausschussmitglieder

§ 8

Rechtsstellung der Ausschussmitglieder und Vorsitzenden

- (1) Die Beschwerdeausschussmitglieder sind bei der Ausübung ihres Ehrenamtes fachlich nicht weisungsgebunden.
- (2) 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.
- (3) Stellt der Beschwerdeausschuss jedoch klärungsbedürftige Sachverhalte fest, die nicht oder nicht ausschließlich die Wirtschaftlichkeit betreffen, hat er 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 Berufsausübungsgemeinschaft/Praxisgemeinschaft, eines medizinischen Versorgungszentrums sowie sonstiger Kooperations- oder Beteiligungsformen.

4.5 Beschlüsse

§ 9

Beschlussfähigkeit

Der Beschwerdeausschuss 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.

§ 10

Beschlussfassung und -dokumentation

- (1) Der Beschwerdeausschuss beschließt mit Stimmenmehrheit; Stimmenthaltungen sind unzulässig. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden.
- (2) 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.
- (3) Über jede Sitzung des Beschwerdeausschusses 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 in elektronischer Form.

III. Verfahren

1. Prüfungsstelle

1.1 Verfahren

§ 11

Schriftliches Verfahren

- (1) Die Prüfverfahren 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.

§ 12

Bescheide der Prüfungsstelle

- (1) Die Entscheidungen der Prüfungsstelle erfolgen durch Bescheid. Jeder Bescheid ist zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.
- (2) Die Unterzeichnung der Bescheide hat durch den Leiter der Prüfungsstelle oder im Falle seiner Urlaubs- oder Krankheitsabwesenheit durch einen, von den Vertragspartnern benannten, Vertreter zu erfolgen.
- (3) Der Bescheid soll den Verfahrensbeteiligten innerhalb von zwei Monaten nach Beschlussfassung bekannt gegeben werden. Eine Ausfertigung des Bescheides ist dem betroffenen Arzt zuzustellen. Die Krankenkassen(-verbände) und die KVSH erhalten den Bescheid in elektronischer Form.
- (4) Die Bestimmungen des SGB X bleiben unberührt.

1.2 Widerspruch

§ 13

Widerspruch

- (1) Gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle können, abgesehen von Fällen gemäß § 106c Abs. 3 Satz 6 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.
- (2) 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.

1.3 Berichterstattung

§ 14

Pflicht zur laufenden Berichterstattung

Die Prüfungsstelle stellt den Vertragspartnern jeweils vier Wochen nach Quartalsende folgende Übersichten zur Verfügung:

- a. eröffnete, laufende und abgeschlossene Prüffälle je Prüfungsart,
- b. Anzahl und Summe der festgesetzten Regresse je Prüfungsart.

2. Beschwerdeausschuss (Widerspruchsverfahren)

§ 15

Widerspruchsverfahren

- (1) Die Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich schriftlich.
- (2) Der Beschwerdeausschuss kann die Teilnahme der Verfahrensbeteiligten, insbesondere die persönliche Anhörung des Vertragsarztes, beschließen (mündliche Verhandlung).
- (3) Die Beteiligten können die persönliche Anhörung vor dem Beschwerdeausschuss 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 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) Die Entscheidung erfolgt durch Beschluss. Jeder Beschluss ist zu begründen, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und vom Vorsitzenden oder einem seiner Stellvertreter zu unterzeichnen.
- (5) 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 in elektronischer Form.
- (6) Die Bestimmungen des SGB X bleiben unberührt.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfungen

A. Grundsätze

1. Prüfgruppen (Vergleichs-/Fachgruppen)

§ 16

Prüfgruppen

Die Bildung und Festlegung der Prüfgruppen erfolgt je Prüfungsart durch die KVSH in Abstimmung/im Einvernehmen mit den Krankenkassen(-verbänden) gemäß Anlage 1 dieser Vereinbarung und gemäß den Regelungen der jeweils gültigen Ordnungsvereinbarungen (Sprechstundenbedarf, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel). 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 durch die KVSH anzupassen. Grundsätzlich orientiert sich die Gruppenbildung an Abrechnungs- und Zulassungsfachgruppen ggf. unter Berücksichtigung von Leistungserbringung und Ordnungsverhalten.

2. Praxisbesonderheiten

§ 17

Praxis-/Versorgungsbesonderheiten

- (1) Die Festlegung von regionalen Praxisbesonderheiten ist möglich, soweit sie nicht bereits durch die Prüfmethode ausreichend abgebildet werden können. Die Vertragspartner verständigen sich hierüber einvernehmlich.
- (2) Die von den Bundesvertragspartnern vereinbarten besonderen Verordnungsbedarfe im Heilmittelbereich sind in der Wirtschaftlichkeitsprüfung anzuerkennen. Die Heilmittelverordnungen, die vom gemeinsamen Bundesausschuss als langfristiger Heilmittelbedarf festgelegt wurden, unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.
- (3) Wenn der weiter verordnende Arzt nachweist, dass Überschreitungen der Verordnungskosten in der MRG-Prüfung durch Krankenhausentlassmedikation bedingt sind, für die wirtschaftlichere Verordnungsalternativen bestehen, diese aber aus medizinischen Gründen durch ihn verantwortbar nicht abänderbar waren, sind die hierdurch über die MRG hinausgehenden Kosten durch die Prüfungsstelle anzuerkennen. Dies gilt ausschließlich nach nicht beeinflussbarer, erstmaliger Ein-/Umstellung durch das Krankenhaus und Nachweis sich anschließender durchgängiger Verordnung. Über Krankenhäuser, bei denen sich derartige Meldungen häufen, sind die Vertragspartner zu informieren, damit gemeinsame Beratungen durchgeführt werden können.

3. Kompensatorische Einsparungen

§ 18

Kompensatorische Einsparungen

In den Prüfverfahren ist grundsätzlich die Gesamttätigkeit des Arztes zu berücksichtigen. Überschreitungen innerhalb eines Verordnungs-/Versorgungsbereiches im Zusammenhang mit Unterschreitungen in anderen sind anzuerkennen, soweit der Arzt einen ursächlichen Zusammenhang nachweist. Ausgenommen hiervon ist der Sprechstundenbedarf.

4. Geringfügigkeits-/Bagatellgrenzen

§ 19

Geringfügigkeits-/Bagatellgrenzen

Für die Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt grundsätzlich eine Geringfügigkeitsgrenze von 60 Euro je Betriebsstätte und je Quartal. Im Rahmen von Prüfungen gem. § 22 sind Aufsummierungen von mehr als vier Einzelpräparaten zur Überschreitung der Geringfügigkeitsgrenze unzulässig, es sei denn, die Schadenssumme ist in der Jahresbetrachtung größer als 200 Euro. Darüber hinaus ist jeweils der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten.

B. Daten(-lieferungen)

§ 20

Datenlieferungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die Lieferung der erforderlichen Daten erfolgt gemäß den Regelungen des SGB V (insbesondere der §§ 106 ff., 296, 297 und 298 SGB V) und des Vertrages über den Austausch von Datenträgern nach § 295 Abs. 3 SGB V.
- (2) Für die Prüfung nach § 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. § 106a Abs. 4 Satz 3 SGB V stellt die KVSH der Prüfungsstelle auf der Grundlage des Abschnitts 6 der analogen Anwendung des Abschnitts 4 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä) die in § 12 des vorgenannten Vertrages vereinbarten Datensätze zur Verfügung.
- (3) Die Prüfungsstelle übermittelt den Krankenkassen(-verbänden) die GKV-Häufigkeitsstatistik nach Anlage 1 dieser Vereinbarung.
- (4) Die Vertragspartner liefern in den relevanten Verordnungsbereichen diejenigen Daten an die Prüfungsstelle, die zum Zwecke der Erfüllung ihrer Aufgaben notwendig sind. Insbesondere für die Auffälligkeitsprüfungen werden die Informationen bis zu dem Detailgrad übermittelt, der für den Nachvollzug der Prüfungen und die gemeinsame Steuerung notwendig ist.
- (5) Die Prüfungsstelle kann die Vertragspartner im Wege gesonderter Vereinbarungen mit der Berechnung von Vorgabe- und Prüfwerten, der Erstellung von Arztinformationen und einer unterstützenden mündlichen Beratung beauftragen. Die dafür notwendigen Daten werden unter Einhaltung des Datenschutzes übermittelt.

§ 21

Datenaufbereitung

- (1) Die Prüfungsstelle prüft die Qualität und Plausibilität der zur Verfügung gestellten Daten. Anhaltspunkt ist der Vergleich mit den geprüften Daten zur Verordnungsinformation und/oder Behandlungsdaten aus der Honorarprüfung.
- (2) Haben die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermitteln sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer repräsentativen Stichprobe der behandelten Patienten. Diese Teildaten des Arztes werden nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit aller Behandlungen/Verordnungen hochgerechnet.

C. Prüfung ärztlich verordneter Leistungen

1. Einzelfallprüfung

§ 22

Einzelfallprüfung

- (1) Die nachfolgenden Bestimmungen gelten nur, soweit in den Bundesmantelverträgen nichts Abweichendes geregelt ist.
- (2) Die Prüfungsstelle prüft die Verordnungsweise im Einzelfall von Amts wegen, soweit im Falle des Vorliegens niedriger Verordnungskosten, einer kleinen Fachgruppe und/oder geringer Fallzahlen von einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach MRG- oder Durchschnittswerten abgesehen wird.
- (3) Die Prüfungsstelle entscheidet auf Antrag der Krankenkassen(-verbände) oder der KVSH im Einzelfall, ob der Arzt durch Verordnung von Arzneimitteln, Heilmitteln, Impfstoffen, Sprechstundenbedarf, häuslicher Krankenpflege oder Krankenhausbehandlung, bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit oder Verordnung von Hilfsmitteln sowie sonstige Veranlassung von Leistungen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
- (4) Die Prüfanträge sollen innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Abschluss des Quartals gestellt werden, in dem die Verordnung ausgestellt worden ist.
- (5) 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.
- (6) Anträge auf Festsetzung eines Schadens im Einzelfall sind mit dem in der Anlage 7 dieser Vereinbarung beigefügten Formular zu stellen und nachvollziehbar zu begründen. Änderungen des Formulars sind einvernehmlich möglich.
- (7) Die Prüfungsstelle entscheidet auf Antrag der Krankenkassen(-verbände) im Einzelfall auch über einen Anspruch auf Schadensersatz 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.
- (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) ist neben dem Nachweis des Schadens auch die schuldhaft Verletzung vertragsärztlicher Pflichten.

2. Prüfung in besonderen Fällen

§ 23

Prüfung von als besondere Verordnungsbedarfe gekennzeichneten Heilmittelverordnungen

- (1) Die Prüfungsstelle überprüft auf Basis der ihr für die Auffälligkeitsprüfung nach §§ 29 ff. vorliegenden Daten stichprobenartig bzw. im Einzelfall auf Antrag der Krankenkassen(-verbände) oder der KVSH als besondere Verordnungsbedarfe gekennzeichnete Heilmittelverordnungen auf ihre Plausibilität hin. Insbesondere soll eine Überprüfung hinsichtlich der indikationsgerechten Ausstellung der Verordnung und der Plausibilität der nach § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V codierten Diagnosen stattfinden. Die Stichprobe umfasst 15 % der Ärzte, die die Aufgreifkriterien aus der Auffälligkeitsprüfung nach §§ 29 ff. erfüllen.
- (2) Stellt die Prüfungsstelle eine Implausibilität fest, ist die Ärztin/der Arzt schriftlich zu beraten. Diese Beratungen sind keine Beratungen im Sinne des § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V. Implausibel ausgestellte Heilmittelverordnungen sind nicht als Verordnungen mit besonderem Verordnungsbedarf im Sinne von § 17 anzuerkennen.

3. Auffälligkeitsprüfung

3.1 Vorrang der Auffälligkeitsprüfung

§ 24

Vorrang und Umfang der Auffälligkeitsprüfung

Auffälligkeitsprüfungen (MRG-Prüfungen und Prüfungen im Rahmen von Zielvereinbarungen) werden im Bereich ärztlich verordneter Leistungen vorrangig durchgeführt. Sie erfolgen von Amts wegen, und es sind grundsätzlich alle verordnenden Ärzte einzubeziehen.

3.2 Prüfzeitraum

§ 25

Prüfzeitraum Auffälligkeitsprüfung

Statistische Auffälligkeitsprüfungen sollen in der Regel für den Prüfzeitraum eines Jahres durchgeführt werden. Der Beginn des Prüfzeitraumes wird von den Vertragspartnern in den verordnungsbereichsspezifischen Verträgen (z.B. Arzneivereinbarung) festgelegt. Bei lediglich unterjährig vorliegender Prüfstatistik (z.B. bei Betriebsstättennummernwechsel) erfolgt die Prüfung ausnahmsweise quartalsweise.

3.3 Versorgungsrelevante Anwendungsgebiete

§ 26

Versorgungsrelevante Anwendungsgebiete

Die im Rahmen dieser Vereinbarung geregelten Auffälligkeitsprüfungen sind auf die versorgungsrelevanten Anwendungsgebiete ausgerichtet. Versorgungsrelevante Anwendungsgebiete im Sinne des Satzes 1 sind die Arznei- und Verbandmittel, die Heilmittel und der Sprechstundenbedarf.

3.4 Aufgreifen insb. 5-Prozent-Regel/Anwendungsbeobachtungen

§ 27

Aufgreifen

- (1) Die einzelnen Schritte des Aufgreifens bei MRG-Prüfung und deren Abfolge regeln die Vertragspartner in Anlage 5 dieser Vereinbarung.
- (2) Auffälligkeitsprüfungen sollen je Prüfmethode in der Regel für nicht mehr als 5 Prozent der Ärzte einer Fach- oder Vergleichsgruppe durchgeführt werden (5 %-Regel). Bei Auffälligkeitsprüfungen der Arznei- und Verbandmittelverordnungen sollen insbesondere Ärzte geprüft werden, die an Untersuchungen nach § 67 Abs. 6 Arzneimittelgesetz teilgenommen haben.
- (3) Betriebsstätten, die aufgrund der 5 %-Regel aus dem Prüfverfahren ausgeschlossen wurden, erhalten einen erweiterten Hinweis. Dieser muss je nach Verordnungsbereich und Prüfmethode mindestens folgende Informationen inkl. einer Empfehlung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit enthalten:
 1. MRG-Unterkategorien mit mindestens 12,5 % Überschreitung,
 2. Zielfelder mit relevanter Verfehlung,
 3. Herausstellung des unwirtschaftlich angeforderten/verwandten Sprechstundenbedarfs.

Die Vertragspartner erhalten diese Hinweise zur Kenntnis.

3.5 Rabatte

§ 28

Rabattberücksichtigung

Rabattverträge müssen bei Prüfmaßnahmen angemessene Berücksichtigung (adäquater Abzug) finden (vgl. Anlage 5). Die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zu liefernden Verordnungsdaten müssen um die Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V 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.

3.6 Auffälligkeitsprüfung auf Basis von Morbidity Related Groups (MRG)

§ 29

Prüfungsgegenstand MRG-Prüfung

- (1) Die MRG-Auffälligkeitsprüfung ist Regelprüfmethode in den Versorgungsbereichen Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel.
- (2) Von der MRG-Prüfung im Arzneimittelbereich ausgenommen sind die Verordnungen:
 - der Impfstoffe zur Prävention und
 - des Sprechstundenbedarfs.
- (3) Gegebenenfalls weiterhin zu berücksichtigende Wirkstoffe, Indikationsgebiete und/oder Therapien zur Ausnahme von der Prüfung regelt die jeweils gültige MRG-Vereinbarung.

§ 30

Einführung der MRG-Prüfung

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren ein Verfahren zur Einführung der MRG-Prüfung. Für die Prüfzeiträume ab 2017 sollen die Auffälligkeitsprüfungen und die entsprechenden Verordnungsinformationen vollständig auf MRG basieren. Die Ärzte erhalten ein ex ante-MRG-Garantievolumen, das der Orientierung des verordnenden/behandelnden Arztes dient. Dieses wird ex post an die Versorgungssituation nach Vorliegen der im Prüfzeitraum getätigten Verordnungen angepasst und als patientenorientiertes Steuerungsvolumen den Verordnungskosten gegenübergestellt.
- (2) Die Prüfung erfolgt für die Prüfzeiträume bis 2018 auch unter Berücksichtigung der Regelungen für 2016. In den Jahren 2017 und 2018 wird nur die Grundgesamtheit der Hauptbetriebsstätten geprüft, aus denen die Prüfungsstelle in 2016 bei Anwendung der 5 %-Regel zufällig die zu prüfende Stichprobe gezogen hat.
- (3) Die übrigen Ärzte oberhalb des MRG-Aufgreifkriteriums erhalten einen Hinweis.
- (4) In 2019 überprüfen die Vertragspartner die Rahmenbedingungen inkl. der Aufgreifkriterien für die richtgrößenablösenden Auffälligkeitsprüfungen auf Basis der gemachten Erfahrungen für die Prüfzeiträume ab 2020.

§ 31

Nichtdurchführbarkeit richtgrößenablösender Prüfmethoden

Können Auffälligkeitsprüfungen als neue richtgrößenablösende Verfahren nicht durchgeführt werden, erfolgt ersatzweise eine Prüfung (inkl. Auswahl der auffälligen Betriebsstätten) nach Durchschnittswerten unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten, besonderen Versorgungsbedarfen und des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V.

§ 32

Aufgreifkriterien bei MRG-Prüfung

- (1) Erstattungen aufgrund von Auffälligkeitsprüfungen im Bereich Arznei- und Verbandmittel erfolgen, wenn das um vereinbarte und anerkannte Abzüge bereinigte prüfrelevante Verordnungsvolumen der Betriebsstätte im festgesetzten Prüfzeitraum die MRG-Summe um mehr als 12,5 % übersteigt. Im Heilmittelbereich gilt ein Aufgreifkriterium von 17,5 %.
- (2) Qualifizierte Hinweise erfolgen für die Prüfzeiträume 2017 und 2018, sofern die gem. Absatz 1 berechnete Abweichung unterhalb der Erstattungsgrenze liegt, aber größer als 7 % im Arznei- und Verbandmittelbereich bzw. größer als 12,5 % im Heilmittelbereich ist. Ab 2019 erfolgen ersetzend Hinweise mit einem Verweis auf das gemeinsame Beratungsangebot der Vertragspartner.
- (3) Sollten in den fünf verordnungstärksten Fachgruppen weniger als 5 % der Ärzte auffällig sein und daher keine Auswahlen aufgrund der 5 %-Regel erfolgen, so werden die Aufgreifkriterien für Erstattungen, Hinweise und Beratungen in diesem Verordnungsbereich für die Prüfzeiträume ab 2018 einmalig um 2,5 Prozentpunkte abgesenkt.

3.7 Durchschnittswertprüfung (exkl. Sprechstundenbedarf)

§ 33

Aufgreifkriterien bei Durchschnittswertprüfung

- (1) Erstattungen aufgrund von MRG-ersetzenden Durchschnittswertprüfungen im Bereich Heil- sowie Arznei- und Verbandmittel erfolgen, wenn der um vereinbarte und anerkannte Abzüge bereinigte prüfungsrelevante Fallwert (Verordnungskosten je Behandlungsfall) der Betriebsstätte im festgesetzten Prüfzeitraum den entsprechenden fachgruppendurchschnittlichen Fallwert um mehr als 25 % übersteigt.
- (2) Hinweise erhalten Betriebsstätten, deren gem. Absatz 1 bestimmte Überschreitung im Prüfzeitraum größer als 15 % ist.
- (3) Bei einem Fallwert von unter 2,50 Euro und Verordnungskosten unter 2.500 Euro je Verordnungsbereich erfolgt keine Prüfung nach Durchschnittswerten.
- (4) Für die MRG-ersetzende Durchschnittswertprüfung der Arznei- und Verbandmittel werden die für die in der Richtgrößenvereinbarung 2016 vereinbarten Praxisbesonderheiten in einer ggf. durch die Vertragspartner im Bedarfsfall weiter entwickelten Fassung berücksichtigt.

- (5) Da die Herausnahme von auf Praxisbesonderheiten entfallenden Verordnungskosten Auswirkungen auf den Fachgruppendurchschnitt hat, soll die Prüfungsstelle die Durchschnittswerte entsprechend absenken. Falls der Prüfungsstelle keine geeigneten Daten zur Berechnung bereinigter Fachgruppendurchschnitte vorliegen, so werden die Vertragspartner die notwendigen Informationen/Daten zur Verfügung stellen.
- (6) Werden Durchschnittswertprüfungen außerhalb des Arznei- und Verbandmittelbereiches sowie Heilmittelbereiches durchgeführt, so werden geeignete Aufgreifkriterien durch die Prüfungsstelle statistisch ermittelt und angewendet.

§ 34

Verfahren bei Nichtvergleichbarkeit

- (1) Im Falle des Vorliegens niedriger Verordnungskosten, einer kleinen Fachgruppe und/oder geringer Fallzahlen wird eine einzelfallbezogene Betrachtung/Prüfung durchgeführt.
- (2) Wird festgestellt, dass in einzelnen Leistungsbereichen oder bei den Verordnungskosten ein Vergleich mit den Durchschnittswerten der Fachgruppe (Horizontalvergleich) nicht möglich oder nicht geeignet 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.

3.8 Vereinbarungen zu Prüfungen von Wirtschaftlichkeitszielen (Zielvereinbarung)

§ 35

Prüfung im Rahmen von Zielvereinbarungen

- (1) Zur ergänzenden Steuerung vereinbaren die Krankenkassen(-verbände) und die KVSH gem. § 106b Abs. 1 SGB V eine betriebsstättenbezogene Auffälligkeitsprüfung von Wirtschaftlichkeitszielen gemäß Anlage 8 dieser Vereinbarung. Die Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung ist jährlich zu bewerten und anzupassen.
- (2) Deckt die Zielvereinbarung im Arzneimittelbereich mehr als 10 % der Verordnungen und 5 % der Bruttoverordnungskosten einer Hauptbetriebsstätte ab und erfüllt diese alle zu prüfenden Ziele, so wird bei der betreffenden Betriebsstätte keine weitere Auffälligkeitsprüfung in diesem Verordnungsbereich durchgeführt.
- (3) Zielwertverfehlungen werden je Verordnungsbereich mit Unterschreitungen (unterhalb von 100 % der Sollgröße) mit darüber hinaus durchgeführten Auffälligkeitsprüfungen verrechnet. Die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen in anderen Verordnungsbereichen, insbesondere Sprechstundenbedarf, bleibt von dieser Regelung unberührt.

- (4) Zielvereinbarungen sind für alle weiteren relevanten Verwaltungs-/Versorgungsbereiche möglich. Die Regelungen gem. Absatz 2 und 3 gelten, sofern in diesen Zielvereinbarungen keine abweichenden Regelungen getroffen werden.

3.9 Durchschnittswertprüfung Sprechstundenbedarf

§ 36

Aufgreifkriterien bei Durchschnittswertprüfung Sprechstundenbedarf

- (1) Erstattungen aufgrund von Durchschnittswertprüfungen im Bereich Sprechstundenbedarf können erfolgen, wenn die prozentuale Abweichung des prüfungsrelevanten Sprechstundenbedarfsfallwertes der Betriebsstätte im festgesetzten Prüfzeitraum den fachgruppendurchschnittlichen Fallwert um folgende Werte überschreitet:
- Fachgruppenfallwert \leq 1 Euro: 100 %,
 - Fachgruppenfallwert $>$ 1 und $<$ 5 Euro: 60 %,
 - Fachgruppenfallwert \geq 5 Euro: 40 %.
- (2) Hinweise erfolgen analog Absatz 1, wenn der prüfungsrelevante Fallwert der Betriebsstätte den fachgruppendurchschnittlichen Fallwert um folgende Werte überschreitet:
- Fachgruppenfallwert \leq 1 Euro: 90 %,
 - Fachgruppenfallwert $>$ 1 und $<$ 5 Euro: 50 %,
 - Fachgruppenfallwert \geq 5 Euro: 30 %.
- (3) Bei einem Fachgruppendurchschnitt von unter 0,20 Euro und Verwaltungskosten unter 500 Euro (jeweils pro Jahr und Hauptbetriebsstätte inkl. Nebenbetriebsstätten) erfolgt keine Prüfung nach Durchschnittswerten im Sprechstundenbedarf.
- (4) Ist bei der Beurteilung von Materialien für Tätigkeitsschwerpunkte/EBM-Ziffern erkennbar, dass Materialien zu umfangreich angefordert wurden, ist dies in geeigneter Weise zu berücksichtigen. Bei der Anforderung von unwirtschaftlichen Materialien sollen vor vermindernder Berücksichtigung Beratungen über den günstigen Bezug von Sprechstundenbedarf in der Regel vorangehen.

D. Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

§ 37

Sachlich-rechnerische Fehler in der Honorarabrechnung

Werden sachliche oder rechnerische Fehler gem. § 106d SGB V in der Abrechnung (falsche Gebührennummern, 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 Berichtigung ausgesetzt. Die sachlich-rechnerische Korrektur hat innerhalb von drei Quartalen zu erfolgen. Nach Korrektur bzw. Feststellung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit durch die KVSH ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung fortzusetzen.

1. Einzelfallprüfung

§ 38

Einzelfallprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

- (1) Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise von Ärzten im Einzelfall von Amts wegen, soweit im Falle des Vorliegens einer kleinen Fachgruppe und/oder geringer Fallzahlen von einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten abgesehen wird.
- (2) Die Prüfungsstelle prüft Ärzte auf Antrag der Krankenkassen(-verbände) oder der KVSH im Einzelfall, ob der Vertragsarzt in seiner Behandlungsweise (insb. Veranlassung von Auftragsleistungen/sonstige Veranlassung von Leistungen) im Einzelfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
- (3) Die zu prüfenden Anträge sollen innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Abschluss des Quartals gestellt werden, in dem die Behandlung abgerechnet worden ist.

2. Durchschnittswertprüfung

§ 39

Durchschnittswertprüfung auf Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

Die Durchschnittswertprüfung auf Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise wird auf Ebene der lebenslangen Arztnummer innerhalb der Hauptbetriebsstätte inkl. ihrer Nebenbetriebsstätten quartalsweise durchgeführt. Folgende Aufgreifkriterien gelten für die Prüfung ärztlicher Leistungen:

- a. Honorarabrechnungen, deren Gesamtfallwert den gewichteten Fallwert der Vergleichsgruppe (Fachgruppenschnitt) um mehr als 150 % der mittleren Abweichung überschreitet.
- b. Honorarabrechnungen, bei denen in den einzelnen Leistungsgruppen der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 200 % der mittleren Abweichung überschritten wird.

- c. Honorarabrechnungen, bei denen in einzelnen Leistungen die durchschnittliche Ansatzfrequenz 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 (Erbringer).

Sofern bereits Praxisbesonderheiten erkennbar sind, die die Überschreitung erklären, kann auf die Einleitung eines Prüfverfahrens verzichtet werden.

E. Zufälligkeitsprüfung

§ 40

Vorgaben zur Zufälligkeitsprüfung

Die Zufälligkeitsprüfung erfolgt gemäß dem in § 106a SGB V beschriebenen Verfahren sowie auf Basis der nach § 106a Abs. 3 SGB V auf Bundesebene vereinbarten Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung, insoweit gesetzliche Regelungen bis zu deren Aktualisierung dem nicht entgegenstehen. Die Prüfung kann sich auf alle Bereiche ärztlich verordneter Leistung beziehen. Auffälligkeitsprüfungen und Zufälligkeitsprüfungen schließen sich für den gleichen Zeitraum aus. Die ergänzenden Regelungen auf Landesebene nach § 3 Abs. 4 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V haben die Vertragspartner in Anlage 2 dieser Vereinbarung getroffen.

§ 41

Stichprobenumfang

Die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise nach § 106a Abs. 1 Nr. 1 SGB V und § 3 Abs. 4 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 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.

§ 42

Prüfzeitraum Zufälligkeitsprüfung

Der einer Prüfung zugrunde liegende Zeitraum beträgt ein Kalenderjahr. Die für die Prüfung notwendigen Daten werden der Prüfungsstelle von den Vertragspartnern gem. Anlage 2 zur Verfügung gestellt.

F. Maßnahmen

1. Grundsätze

§ 43

Grundsatz Beratung vor Erstattung/Kürzung

Gezielte Beratungen sollen gemäß § 106 Abs. 3 Satz 3 SGB V weiteren Maßnahmen in der Regel vorgehen. Im Rahmen der Prüfung ärztlicher Leistungen setzt die Festsetzung einer weiteren Maßnahme, insbesondere einer Nachforderung oder Kürzung, voraus, dass eine Beratung in begründeten Ausnahmefällen nach pflichtgemäßer Beurteilung durch die Prüfungsstelle oder den Beschwerdeausschuss nicht ausreichend ist, um in Zukunft die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes durch den Arzt zu gewährleisten.

§ 44

Pflicht zur Beratung vor Erstattung

Im Rahmen von Verwaltungsprüfungen erfolgt aufgrund erstmaliger Auffälligkeit in einer im Erstattungsbereich liegenden Größenordnung:

- a. durch maßnahmenrelevante Überschreitung der MRG-Summe oder gleichgestellt einer ersatzweisen Prüfung nach Durchschnittswerten,
- b. durch Auffälligkeit im Rahmen von Vereinbarungen über Wirtschaftlichkeitsziele,
- c. im Rahmen der Durchschnittswertprüfung Sprechstundenbedarf,

eine individuelle Beratung gem. § 46 und mit besonderem Augenmerk auf Handlungsempfehlungen für die Zukunft. Dies gilt für die vorgenannten Verordnungen, welche ab dem 01.01.2017 ausgestellt wurden.

§ 45

Erstmaligkeit einer Auffälligkeit in der Verwaltungsprüfung

- (1) Ob eine Auffälligkeit bei statistischen Prüfungen erstmalig im Sinne des § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V ist, richtet sich nach § 5 Abs. 2 der Rahmenvorgaben gemäß § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen. Beratungen gem. § 106 Abs. 5a Satz 1 SGB V (in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung), die aufgrund von Verwaltungstätigkeit in den fünf Jahren vor dem Prüfzeitraum erfolgten, gelten nicht als Maßnahme im Rahmen der Beurteilung der Erstmaligkeit.
- (2) Betriebstättennummernänderungen (z. B. durch Umzug) ohne signifikante Änderungen der Fachgruppeneinteilung führen nicht zu einer erneuten Erstmaligkeit. Bei Änderungen der Zusammensetzung der Betriebsstätte gilt Gleiches.
- (3) Werden in einem versorgungsrelevanten Verwaltungsbereich mehr als eine Auffälligkeitsprüfung durchgeführt, so gilt das Kriterium der Erstmaligkeit zusätzlich je Prüfmethode.

2. Beratung

§ 46

Beratungen

- (1) In erforderlichen Fällen werden die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen innerhalb eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen in Fragen der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung fachlich qualifiziert beraten.
- (2) Die Festsetzung einer individuellen Beratung erfolgt gemäß § 5 Abs. 7 Satz 1 der Rahmenvorgaben gemäß § 106b Abs. 2 SGB V.
- (3) Die dazu notwendigen Daten sind der Prüfungsstelle durch die Vertragspartner zur Verfügung zu stellen.
- (4) Die Durchführung und die Inhalte individueller Beratungen sind zu dokumentieren.
- (5) Die Beratungen sollen in der Regel frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides erfolgen und innerhalb eines Zeitraumes von 6 Monaten nach diesem Zeitpunkt abgeschlossen sein.
- (6) Die Prüfungsstelle informiert im Rahmen der Beratung über die Möglichkeit des Antrages auf nachträgliche Anerkennung von Praxisbesonderheiten/besonderen Versorgungs-/Verordnungsbedarfen. Dies gilt auch, wenn zu einem späteren Zeitpunkt eine Maßnahme nach § 106 Abs. 3 Satz 2 SGB V droht. Diese Anträge nach Satz 1 sind innerhalb eines Monats nach erfolgter Beratung zu stellen; hierauf hat die Prüfungsstelle hinzuweisen.
- (7) Die individuellen Beratungen werden grundsätzlich schriftlich in einem Verwaltungsakt mit dem Bescheid durchgeführt. Sofern im Einzelfall ergänzende mündliche Beratungen auf Antrag des Arztes durchgeführt werden, können qualifizierte externe Berater hinzugezogen werden.
- (8) Für eine umfassende und aktuelle Pharmakotherapie- oder Heilmittelberatung erfolgt der Verweis auf die gemeinsame Beratung durch die Vertragspartner. Dies gilt auch für alle Hinweise der Prüfungsstelle.

3. Maßnahmen bei Neuzugelassenen

§ 47

Maßnahmen bei Neuzugelassenen

- (1) In den ersten zwei Jahren nach erstmaliger Neuzulassung eines Vertragsarztes bei der KVSH wird die Wirtschaftlichkeit durch die in Anlage 6 definierten Instrumente sichergestellt. Die Vertragsärzte bleiben für diese Prüfzeiträume im Rahmen der betriebsstättenbezogenen Auffälligkeitsprüfung bei Feststellung von Maßnahmen durch die Prüfungsstelle unberücksichtigt.
- (2) Die KVSH stellt der Prüfungsstelle auf Basis der Zulassungsstammdaten im Rahmen der Datenlieferungen nach § 20 je Prüfquartal eine Liste der erstmalig neu zugelassenen Ärzte inkl. Betriebsstättenzugehörigkeit zur Verfügung.

4. Erstattungen und Kürzungen

4.1 Erstattung

§ 48

Erstattungen/Nachforderungen

Erstattungen/Nachforderungen im Rahmen von Auffälligkeitsprüfungen der Verordnungsweise dürfen erstmals für den Zeitraum nach erfolgter maßnahmenrelevanter Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden.

4.2 Berechnung und Aufteilung

§ 49

Feststellung Erstattungs-/Nachforderungsbetrag

- (1) Erstattungen/Nachforderungen aus unterschiedlichen Prüfverfahren werden aufeinander angerechnet, sofern sie sich auf denselben Prüfungsgegenstand und ganz oder teilweise denselben Prüfzeitraum beziehen.
- (2) Arzneimittelverordnungen im Rahmen des § 2 der Anlage 1 zu den Rahmenvorgaben nach § 106b Absatz 2 SGB V reduzieren den Erstattungs-/Nachforderungsbetrag gem. § 106b Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V ausschließlich für die am Rabattvertrag teilnehmenden Krankenkassen. Die Zahlungen an die übrigen Krankenkassen bleiben unberührt.
- (3) Erstattungen/Nachforderungen unterhalb der in § 19 genannten Geringfügigkeits-/Bagatellgrenzen werden nicht festgesetzt.

§ 50

Aufteilung Erstattungs-/Nachforderungsbetrag

Die nach vollständiger Prüfung und Bereinigung nach § 49 festgesetzten Erstattungs-/Nachforderungsbeträge werden durch die Prüfungsstelle auf Basis der um anerkannte Beträge geminderten kassenspezifischen Bruttoverordnungskostenanteile auf die Krankenkassen aufgeteilt. Soweit hierfür notwendige Daten erforderlich sind, werden diese der Prüfungsstelle durch die Vertragspartner zur Verfügung gestellt. Näheres zur Aufteilung der Erstattungsbeträge auf die einzelnen Kostenträger wird in Anlage 9 geregelt.

4.3 Vollzug

§ 51

Vollzug

- (1) Den festgesetzten Erstattungsbetrag aus verordneten Leistungen bzw. Schadensersatz verrechnet die KVSH nach Vollziehbarkeit des Bescheides gegenüber dem Vertragsarzt durch Aufrechnung mit dessen Vergütungsanspruch gegenüber der KVSH und kehrt den realisierten Betrag krankenkassenspezifisch im Formblatt 3, Kontenarten 395, 396 und 399 aus. Soweit die Aufrechnung nicht möglich ist, tritt die KVSH den Anspruch aus Erstattungs- und Schadensersatzbeträgen an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung ab.
- (2) Im Fall der Nachforderungen bei der Prüfung von verordneten Leistungen außerhalb der in § 73 i. V. m. § 83 SGB V geregelten vertragsärztlichen Versorgung erfolgt keine Aufrechnung mit dem Vergütungsanspruch des Vertragsarztes gegenüber der KVSH und somit auch keine Auskehrung des Erstattungsbetrages im Formblatt 3. Unbereinigte Erstattungsbeträge mit Verordnungsanteilen aus Selektivverträgen mit Bereinigung der Gesamtvergütung gelten als nicht vollziehbar im Sinne dieser Vorschrift.

V. Schlussbestimmungen

A. Salvatorische Klausel

§ 52

Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder ihre Rechtswirksamkeit später verlieren, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An Stelle der unwirksamen Bestimmung soll, soweit rechtlich zulässig, eine angemessene Regelung gelten, die dem am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben, wenn sie die Unwirksamkeit der

Bestimmung gekannt hätten. Erweist sich die Vereinbarung als lückenhaft, nehmen die Parteien unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben eine entsprechende Ergänzung vor.

B. Inkrafttreten

§ 53

Inkrafttreten

Diese Prüfvereinbarung tritt zum 1. Januar 2017 in Kraft und ersetzt vorbehaltlich der Sätze 2 bis 4 die bis zu diesem Zeitpunkt geltende Prüfvereinbarung vom 26. Juni 2012. In Bezug auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen gilt diese Prüfvereinbarung gemäß § 106b Abs. 1 Satz 4 SGB V für Leistungen, die ab dem 1. Januar 2017 verordnet werden. Für Leistungen, die bis zum 31. Dezember 2016 verordnet wurden, gilt die Prüfvereinbarung vom 26. Juni 2012 fort. Soweit das Inkrafttreten zum 1. Januar 2017 nicht rechtswirksam sein sollte, gelten anstelle der betreffenden Regelungen die Regelungen der Prüfvereinbarung vom 26. Juni 2012 fort.

C. Kündigung

§ 54

Kündigung

- (1) Diese Prüfvereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung seitens der Krankenkassen(-verbände) kann nur gemeinsam und einheitlich erfolgen. Die Kündigung durch die KVSH kann nur gegenüber allen Krankenkassen(-verbänden) gemeinsam und einheitlich erfolgen.
- (2) Die Anlagen sind Bestandteil dieser Prüfvereinbarung. Jede Anlage kann gesondert und unabhängig von den übrigen Regelungen dieser Prüfvereinbarung mit der in Abs. 1 Satz 1 geregelten Frist schriftlich gekündigt werden; Abs. 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. Die Kündigung einzelner Anlagen berührt nicht die Wirksamkeit dieser Prüfvereinbarung einschließlich der nicht gekündigten Anlagen im Übrigen. Eine gekündigte Anlage gilt bis zur Vereinbarung einer neuen Fassung fort.

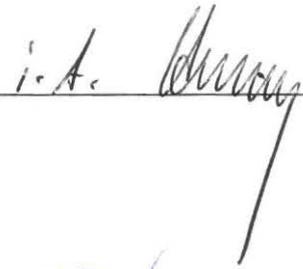
Bad Segeberg, Dortmund, Kiel, Hamburg, Lübeck, den 31. Juli 2016

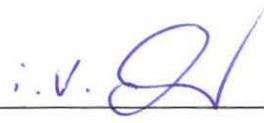


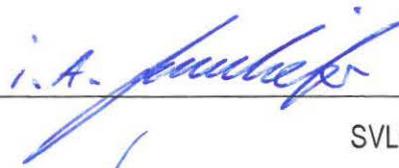

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg


AOK - Die Gesundheitskasse - NORDWEST,
Dortmund


BKK-Landesverband NORDWEST,
Hamburg


i. A. 
IKK Nord,
Lübeck


i. v. 
Knappschaft – Regionaldirektion Nord,
Hamburg


i. A. 
SVLFG als LKK,
Kiel


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

Anlagenverzeichnis

- ANLAGE 1** Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise
- ANLAGE 2** Zufälligkeitsprüfung
- ANLAGE 3** Regionales Zweitmeinungsverfahren
- ANLAGE 4** Prüfung von Nichtvertragsärzten und nichtkollektivvertraglicher Verordnungstätigkeit
- ANLAGE 5** Aufgreifen und Musterberechnung in der Auffälligkeitsprüfung Verordnungen (MRG-Prüfung)
- ANLAGE 6** Steuerungsinstrumente zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit im Verordnungsbereich in den ersten beiden Prüfzeiträumen bei erstmalig zugelassenen Vertragsärzten
- ANLAGE 7** Musteranträge Einzelfallprüfung Verordnungen
- ANLAGE 8** Arztbezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeitsziele gemäß der Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung
- ANLAGE 9** Aufteilung von Erstattungsbeträgen auf die einzelnen Kostenträger

ANLAGE 1 - Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

A. Vergleichsgruppen Behandlungsprüfung (Honorarprüfgruppen)

Anästhesisten	Kinderkardiologen
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte	Kinderpneumologen
Ärzte für Nervenheilkunde	Labormediziner
Augenärzte (konservativ)	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen
Augenärzte (nicht konservativ)	Nephrologen
Bereitschaftsdienst - Anlaufpraxen	Neurochirurgen
Bereitschaftsdienst - kinderärztliche Anlaufpraxen	Neurologen
Chirurgen	Nuklearmediziner
Endokrinologen	Onkologen
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	Orthopäden
Gastroenterologen	Pathologen
Gynäkologen	Phoniater/Pädaudiologen
Hausärzte	Physikalisch-Rehabilitative Mediziner
Hautärzte	Pneumologen
HNO-Ärzte	Psychiater und Psychotherapeuten
Humangenetiker	Psychologische Psychotherapeuten
Institute/Krankenhäuser	Psychotherapeutische Mediziner
Kardiologen/Angiologen	Radiologen
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	Rheumatologen
Kinder- und Jugendpsychiater mit Sozialpsychiatrie	Strahlentherapeuten
Kinder- und Jugendpsychiater ohne Sozialpsychiatrie	Teilermächtigte Fachärzte
Kinderärzte	Teilermächtigte Hausärzte
Transfusionsmediziner	Urologen

B. Prüfunterlagen

Die Unterlagen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise enthalten u. a. als sogenannte nicht versichertenbezogene Zusammenstellung von Abrechnungsdaten gemäß § 1 Abs. 4 Anlage 6 BMV-Ä die nachstehend aufgeführten Angaben:

I. Datensatz Gesamtübersicht:

1. Arztnummer,
2. Arztgruppe, ggf. mit Untergruppe,
3. Abrechnungsquartal,
4. Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle, gesamt und getrennt nach dem Status (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).

II. 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.

C. GKV-Häufigkeitsstatistik

Die GKV-Häufigkeitsstatistik ist daraus gemäß dem hier aufgeführten Muster zu erstellen:

Anlage O

BSNR:

LANR:

Honorarabrechnung 1/20 Anzahlstatistik Primär- und Ersatzkassen – ambulant

Fachgruppe:
Seite 1

Fallzahl-Arzt-Gesamt: 1.029
Fallzahl-Arzt-Kurativ: 1.023

Leistung	Anzahl	eigener Durchschnitt auf 100 Fälle	Durchschnitt der Erbringerärzte auf 100 Fälle	Durchschnitt von allen Ärzten der Fachgruppe auf 100 Fälle	Anzahl Erbringerärzte	Leistung	Anzahl	eigener Durchschnitt auf 100 Fälle	Durchschnitt der Erbringerärzte auf 100 Fälle	Durchschnitt von allen Ärzten der Fachgruppe auf 100 Fälle	Anzahl Erbringerärzte
01410	6	0,6	6,2	5,9	1.835	32042	52	5,1	11,6	8,3	1.378
01620	1	0,1	0,5	0,2	856	32135	167	16,3	2,7	1,4	993
01621	4	0,4	0,5	0,4	1.467	32860	22	2,2	5,0	4,1	1.534
01622	3	0,3	0,7	0,6	1.652	32881	20	2,0	3,9	0,8	368
01701V	2	0,2	0,4	0,0	18	33012	12	1,2	2,4	1,0	691
01731	2	0,2	1,3	0,9	1.272	33042	9	0,9	4,7	3,0	1.156
01732	25	2,4	6,4	6,2	1.865	40120	264	25,8	8,7	7,6	1.659
01734	1	0,1	0,7	0,2	501	40122	1	0,1	0,4	0,1	442
01740	1	0,1	0,5	0,3	1.051	40144	157	15,4	18,0	14,5	1.509
01740M	3	0,3	0,4	0,2	1.105	89101R	1	0,1	0,2	0,0	49
01746	20	2,0	2,1	1,3	1.165	89102R	1	0,1	0,2	0,1	510
01746M	4	0,4	1,6	1,1	1.210	89107B	1	0,1	0,1	0,0	92
01777	2	0,2	0,4	0,0	27	89111	2	0,2	0,3	0,2	1.230
01812	6	0,6	1,2	0,0	18	89112	1	0,1	0,3	0,1	1.035
02311	19	1,9	3,2	0,2	108	89119	3	0,3	0,4	0,3	1.284
02312	3	0,3	1,0	0,2	402	89120	2	0,2	0,2	0,1	629
02313	1	0,1	0,9	0,2	373	89122B	2	0,2	0,2	0,0	53
03002R	8	0,8	4,8	2,8	1.085	89122R	2	0,2	0,2	0,0	156
03003R	269	26,3	33,3	19,7	1.097	89200A	1	0,1	0,2	0,0	47
03004R	389	38,0	22,4	13,2	1.097	89201B	2	0,2	0,2	0,0	245
03005R	213	20,8	12,1	7,2	1.096	89201R	2	0,2	0,3	0,1	662
03040	879	85,9	79,3	61,0	1.580	89202B	1	0,1	0,1	0,0	242
03220	709	69,3	42,4	42,0	1.926	89303	1	0,1	0,3	0,1	499
03220H	65	6,4	4,8	4,1	1.655	89303R	2	0,2	0,6	0,3	943
03221	515	50,3	33,0	32,6	1.913	89400	1	0,1	0,5	0,3	943
03221H	47	4,6	3,4	2,9	1.611	89400R	6	0,6	0,7	0,5	1.194
03230	316	30,9	43,9	43,6	1.929	90410P	1	0,1	1,3	0,8	1.112
03321	1	0,1	1,3	0,8	1.094	99018	22	2,2	0,8	0,5	1.158
03324	13	1,3	1,4	1,1	1.469	99090	1.857	181,5	101,8	93,8	1.781
03330	1	0,1	2,7	2,2	1.531	99095	3	0,3	2,2	2,0	1.764
03360	45	4,4	3,6	3,0	1.596	99101A	3	0,3	1,6	1,4	1.580
03362	85	8,3	7,4	6,5	1.674	99311A	3	0,3	0,7	0,0	31
31013	5	0,5	0,5	0,4	1.567	99311C	5	0,5	1,0	0,0	31
32001	352	34,4	70,4	70,4	1.962	99311D	8	0,8	1,8	0,0	29
32008	2	0,2	0,5	0,3	1.049	99311E	3	0,3	0,9	0,0	21
32015	24	2,4	3,1	2,9	1.812	99311F	1	0,1	0,4	0,0	17
32016	5	0,5	0,7	0,3	865	99311G	4	0,4	0,2	0,0	23
32022	506	49,5	7,6	7,3	1.831	99311H	4	0,4	0,3	0,0	26
32023	3	0,3	1,3	1,1	1.675	99311I	32	3,1	0,9	0,0	24
32025	64	6,3	3,4	2,2	1.146	99311J	4	0,4	0,3	0,0	15
32030	52	5,1	6,2	6,1	1.894	99710	2	0,2	0,4	0,0	24
32040	5	0,5	0,6	0,4	1.275	99744A	6	0,6	0,8	0,0	43

Zu Lasten Sonstige Kostenträger abgerechnete Leistungen sind hierin nicht enthalten!

Bei Fragen zur statistischen Vergleichsprüfung wenden Sie sich bitte an die Prüfungsstelle unter den Telefonnummern: 04551 9010-11

-12

-13

ANLAGE 2 - Zufälligkeitsprüfung

1. Als Stichprobengruppen werden vereinbart:
 - Hausärzte,
 - Fachärzte,
 - Ermächtigte,
 - Psychotherapeuten.
2. Die Prüfung erfolgt, ggf. quartalsweise, für das Kalenderjahr des Auswahlquartals.
3. Die KVSH ermittelt für jedes Quartal die Stichprobe per IT-gestützten Zufallsgenerator in Anwesenheit des Justizars oder, bei dessen Verhinderung, eines anderen Juristen mit der Befähigung zum Richteramt. Die Stichprobenziehung soll bis acht Wochen nach Ende des Auswahlquartales erfolgen. Das für das Auswahlquartal gültige Stammdatenverzeichnis bildet die Grundlage der Stichprobe.
4. Das Ergebnis der Stichprobenziehung wird der Prüfungsstelle auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträger übermittelt. Die Prüfungsstelle unterzieht die von der KVSH gezogenen Stichproben einer Überprüfung.

Folgende Betriebsstätten unterliegen nicht der Zufälligkeitsprüfung:

- 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 und
- neu zugelassene Ärzte gem. § 47.

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 die KVSH und die Krankenkassen(-verbände) auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträger über die nach der Bereinigung gemäß Punkt 4 dieser Anlage in der Zufälligkeitsprüfung verbleibenden Betriebsstätten und fordert nach Abstimmung mit den Vertragspartnern die Daten der in dem jeweiligen Kalenderjahr für die Zufälligkeitsprüfung relevanten Versorgungsbereiche an.
6. Die Prüfungsstelle informiert außerdem die in die Stichprobe einbezogenen Betriebsstätten.

7. Folgende ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen sollen Prüfgegenstände sein:
- Gebührenordnungsnummern der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildeten ärztlichen Leistungen,
 - Veranlasste Leistungen, insbesondere medizinisch-technische Leistungen,
 - Durchführung von Leistungen durch den Überweisungsempfänger,
 - Feststellung von Arbeitsunfähigkeit.

8. Die ärztliche Verordnung von:

- Arznei- und Heilmitteln,
- Hilfsmitteln,
- Krankentransporten,
- Krankenhausbehandlungen,
- Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen,
- häuslicher Krankenpflege,
- Soziotherapie,
- Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung,
- Leistungen der medizinischen Rehabilitation

kann im Rahmen der Zufälligkeitsprüfung ergänzend geprüft werden.

9. Soweit die Ergebnisse der Zufälligkeitsprüfung Veranlassung geben, eine Prüfung nach § 106d SGB V durchzuführen, übermittelt die Prüfungsstelle entsprechende Erkenntnisse an die KVSH.
10. 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 § 106a Abs. 1 SGB V vereinbart.
11. Die in der Stichprobe enthaltenen Fälle, in denen eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden ist, werden gemäß § 275 Abs. 1b SGB V von der Prüfungsstelle auf maschinell verwertbaren Datenträgern dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Prüfung zur Verfügung gestellt. Im Falle ausreichend hoher Fallzahl übermittelt die Prüfungsstelle eine Zufallsstichprobe von 10 % der betroffenen Patienten. Das Ergebnis der Prüfung teilt der MDK der Prüfungsstelle mit. Die gutachterliche Stellungnahme des MDK berücksichtigt die Prüfungsstelle bei ihrer Entscheidungsfindung.
12. Im Übrigen gelten die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106a Abs. 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung als unmittelbarer Bestandteil dieser Vereinbarung.

ANLAGE 3 - Regionales Zweitmeinungsverfahren

1. Das regionale Zweitmeinungsverfahren wird in 2017 an die geänderten Rahmenbedingungen angepasst. Für die bis 2016 abgedeckten Indikationen/Wirkstoffe kann für die Verordnungszeiträume ab 2017 kein Zweitmeinungsverfahren beantragt werden.
2. Diese Anlage wird in 2017 gemeinsam durch die Vertragspartner überarbeitet. Im Rahmen dieser Neuausrichtung werden die Vertragspartner ein Zweitmeinungsverfahren für PCSK9-Hemmer einrichten. Die Schaffung von Zweitmeinungsverfahren für weitere Indikationen wird geprüft.
3. Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens prüft eine bei der Prüfungsstelle eingerichtete, paritätisch besetzte Kommission 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. Rückwirkende Genehmigungen werden nur im zu begründenden Ausnahmefall ausgesprochen.
4. Der Vertragsarzt hat beim Einsatz von zweitmeinungsrelevanten Wirkstoffen auch weiterhin das Wirtschaftlichkeitsgebot und ggf. die Therapiehinweise des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 17 der Arzneimittel-Richtlinie (Abschnitt H) zu beachten. Die Begutachtung schließt ab 2017 grundsätzlich einen Hinweis auf wirtschaftliche Wirkstoffe und Verordnungsalternativen ein.
5. 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 KVSH zu entnehmen.
6. Die im Rahmen des regionalen Zweitmeinungsverfahrens unter medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten gefällten Beschlüsse sind in der Prüfung zu berücksichtigen.

ANLAGE 4 - Prüfung von Nichtvertragsärzten und nichtkollektivvertraglicher Verordnungstätigkeit

Für die Prüfung der Verordnungstätigkeit der in § 1 Abs. 3 aufgeführten Ärzte und Einrichtungen und die in § 1 Abs. 4 aufgeführte Prüfung der Verordnungstätigkeit im Rahmen nichtkollektivvertraglicher Leistungserbringung werden gemäß § 2 Abs. 4 bis 7 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V folgende Regelungen getroffen:

1. Datenlieferungen:

Die Datenlieferungen der Krankenkassen(-verbände) für den Arznei- und Heilmittelbereich an die Prüfungsstelle für die Prüfungen gegen Kostenersatz richten sich in Form und Inhalt nach den jeweils maßgebenden Bestimmungen des vertragsärztlichen Bereiches. Die Fristen zur Datenlieferung gelten ebenfalls entsprechend.

2. Prüfung:

Für die Prüfungen nach § 1 Abs. 3 und 4 kann die Prüfungsstelle geeignete Vergleichswerte aus den Daten der niedergelassenen und ermächtigten Ärzte mit Fachgruppenzuordnung ermitteln. Die Prüfungsstelle kann diese heranziehen, insofern es sich um medizinisch vergleichbare Behandlungen handelt. Dies gilt insbesondere für die Bereiche Entlassmedikation, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und der Verordnung im Rahmen der ambulanten Versorgung nach den §§ 117 und 118 SGB V.

3. Kostenersatz:

Die Krankenkassen(-verbände) tragen die Kosten dieser durch sie einseitig veranlassten Prüfungen. Dafür wird der Anteil der Krankenkassen(-verbände) am Haushalt der Prüfungsstelle ab 2017 auf 51 % erhöht. Der Anteil der KVSH verringert sich entsprechend. Die Neufestlegung dieser Anteile erfolgt für jedes Haushaltsjahr bis zum 30. November des jeweiligen Vorjahres; hierbei sind die spitz abgerechneten Istkosten des letzten abgelaufenen Kalenderjahres zu berücksichtigen. Die retrospektive Korrektur der Kostenanteile für die Krankenkassen(-verbände) erfolgt für jedes Haushaltsjahr auf der Basis der spitz abgerechneten Istkosten bis zum 30. Juni des jeweiligen Folgejahres.

ANLAGE 5 - Aufgreifen und Musterberechnung in der Auffälligkeitsprüfung Verordnungen (MRG-Prüfung)

ID	ID-Bezeichnung	Beispiel	Quelle/Berechnung
M1	MRG-Garantievolumen (ex ante)	30.000 €	MRG-Vereinbarung
M2	MRG-Patientenorientiertes Steuerungsvolumen (ex post)	32.000 €	MRG-Vereinbarung
MP	Prüfungsrelevantes Steuerungsvolumen	32.000 €	= MAX(M1;M2)
TR	(Taxen-)summe der Rezeptpositionen	41.000 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
N1	(Taxen-)summe reiner Notdienst außerhalb d. org. Notdienst	100 €	Bestimmung PS aus Daten der KK/KV
A1	Fehlerhafte Daten	200 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
A2	Hilfsmittel/Hilfsmittelmiete	200 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
A3	Impfstoffe	350 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
A4	Ggf. Anlage regionale Praxisbesonderheiten MRG 1	0 €	Bestimmung PS aus Daten der/des KK/KV/MDK
A5	Kontrazeptiva für Frauen < 20 Jahre	150 €	Bestimmung PS aus Daten der KK/KV
B1	Rezepte ohne Patientenzuordnung	100 €	Bestimmung PS aus Daten der KK/KV
B2	Ggf. Anlage regionale Praxisbesonderheiten MRG 2	1.250 €	Bestimmung PS aus Daten der/des KK/KV/MDK
B3	Sonstige Praxisbesonderheiten und von Amtes wegen nicht zu berücksichtigend Positionen (z.B. „Frühe Nutzenbewertung“)	550 €	Bestimmung PS aus Daten der KK/KV
B4	Ggf. Anerkannte Abzüge der Prüfungsstelle	100 €	Bestimmung PS aus Daten der KK/KV
Q1	Zuzahlungen und gesetzliche Rabatte	1.000 €	MDK
Q2	Nullverordnungen	500 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
AS	Abziehende Posten – Vorprüfung	1.000 €	= A1+A2+A3+A4+A5+N1
BS	Abziehende Posten – Prüfverfahren	2.000 €	= B1+B2+B3+B4
VA	Aufgreifrelevante Taxensumme	40.000 €	= TR-AS
VP	Prüfungsrelevante Taxensumme	38.000 €	= TR-AS-BS
P1	Prüfquote 1	125 %	= VA/MP
P2	Prüfquote 2	≈ 119 %	= VP/MP
P2 < 107 %* → Keine Maßnahme			
P2 >= 107 %* → Beratung			
P2 >= 112,5 %* → Erstattung, ggf. Beratung vor Erstattung (ab 2018 ggf. 110 %)			
EB	Erstattungsbetrag - brutto	2.000 €	= VP-1,125xMP
EN	Erstattungsbetrag - netto	500 €	= EB-Q1-Q2

Die prüfrelevanten Steuerungs-/Garantievolumina sind Bruttobeträge incl. fachgruppendurchschnittlicher Rabatte und Zuzahlungen. Die (Taxen-)summe der verordneten Präparate/Behandlungen der Betriebsstätte ist unbeeinflusst von der Patientenzahlung. Somit erfolgt eine Zuzahlungsberücksichtigung vor der Netto Regressbestimmung nicht. Der bei der Netto Regressberechnung abzusetzende Zuzahlungsanteil wird aus dem Maximum der Zuzahlungsquote der Patienten der Betriebsstätte und dem durchschnittlichen Zuzahlungsanteil der Fachgruppe bestimmt. Die Taxen der durch die Krankenkassen zu liefernden Rezeptdaten werden im Rahmen der Vorprüfung auf das Preisniveau des zum Verordnungszeitpunktes günstigsten verfügbaren Präparates abzüglich 1,5 % abgesenkt, für das bei der liefernden Krankenkasse ein Rabattvertrag nach § 130a Abs. 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. Diese Musterberechnung am Beispiel der Arznei- und Verbandmittel gilt vom Grundsatz her auch für die MRG-Heilmittelauffälligkeitsprüfung.

ANLAGE 6 - Steuerungsinstrumente zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit im Verordnungsbereich in den ersten beiden Prüfzeiträumen bei erstmalig zugelassenen Vertragsärzten

1. Maßnahmen aus Auffälligkeitsprüfungen gemäß dieser Vereinbarung werden je Verordnungsbereich für erstmalig zugelassene Vertragsärzte in den ersten beiden Prüfzeiträumen - jedoch mindestens in den ersten 18 Monaten nach erstmaliger Zulassung - nicht festgesetzt. Über Neuzugelassene in Prüfverfahren werden die Vertragspartner informiert und diesen Ärzten gemeinsame Beratungen durch die KVSH angeboten. Die Prüfungsstelle verzichtet in diesen Fällen auf die Anforderung von Stellungnahmen.
2. Als Steuerungselement wird den Neuzugelassenen nach Vorliegen erster Verordnungsdaten mindestens eine Beratung für Arzneimittel und Sprechstundenbedarf sowie Heilmittel durch die Vertragspartner gemeinsam angeboten. Ausreichend Daten für die Beratung von Neuzugelassenen und neuen Ermächtigten liegen vor, wenn für den KV-Bezirk min. 40 % (25 %) der Arzneimittelrezepte (Heilmittelrezepte) für mindestens zwei (ein) Quartal(e) vorliegen. Ärzte, die nach Feststellung durch die Vertragspartner in einem oder beiden Prüfzeiträumen auffällig werden, erhalten das Angebot einer Folgeberatung.
3. Die Beratungen gemäß Absatz 1 Satz 2 und 3 erfolgen individuell oder im Heilmittelbereich auch als Gruppenberatung.
4. Die Freistellung von Maßnahmen der Auffälligkeitsprüfungen gem. § 47 verlängert sich auf drei Regelprüfzeiträume (36 Monate), wenn mindestens eine Beratung bzw. bei auffälligen Ärzten mindestens zwei Beratungen in diesem Zeitraum stattgefunden haben. Die Vertragspartner stimmen die gem. § 47 Abs. 2 zu liefernden Listen untereinander ab.
5. Die KVSH bietet Neuzugelassenen regelmäßige, kontinuierliche Informationen zu den relevanten Versorgungsbereichen an.

ANLAGE 7 - Musteranträge Einzelfallprüfung Verordnungen

Name der Krankenkasse*

Anschrift*

Telefon*

Fax*

Geschäftszeichen*

Ansprechpartner*

Durchwahl*

E-Mail*

Leistungsbereich (z. B. Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel oder Impfstoffe)

Antragsart (z. B. Prüfung im Einzelfall gem. § Z200 Prüfvereinbarung)

Betriebsstättennummer/ggf. LANR
Praxis-/Arztname
Praxisanschrift

Quartal in dem der mutmaßliche Schaden entstanden ist

Datum Antragstellung

Präparat	Menge	Beanstandungsgrund (z. B. AMR)	Betrag in Euro (Brutto - Rabatte - Patientenanteil = Schadenersatzforderung**)
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.

Krankenkasse/Quartal 1/2017												
Betriebsstättennummer, ggf. LANR, Praxis-/Arztname												
Quartal	Patienten-nachname	Patienten-vorname	Geburtsdatum des Patienten	Verordnungs-datum	Präparat/Medikament	Beanstandungsgrund	Menge	Preis brutto	Rabatte	Preis netto	Zuzahlungen	Schadenersatz-forderung (in Euro)
1/2017	Patientenname A	Patientenvorname A	17.03.1932	01.01.2017	Präparat A	Beanstandungsgrund A	1	11,52	2,43	9,09	0,00	9,09
1/2017	Patientenname B	Patientenvorname B	12.05.1954	01.03.2017	Präparat B	Beanstandungsgrund B	1	30,71	4,87	25,84	5,00	20,84
1/2017	Patientenname C	Patientenvorname C	05.02.1951	02.03.2017	Präparat C	Beanstandungsgrund C	1	166,71	9,55	157,16	10,00	147,16
1/2017	Patientenname D	Patientenvorname D	25.11.1965	07.03.2017	Präparat D	Beanstandungsgrund D	1	35,78	3,50	32,28	5,00	25,77
1/2017	Patientenname E	Patientenvorname E	03.04.1946	09.02.2017	Präparat E	Beanstandungsgrund E	1	58,21	2,30	50,09	5,82	50,09
1/2017	Patientenname F	Patientenvorname F	05.11.1955	21.03.2017	Präparat F	Beanstandungsgrund F	1	92,88	2,30	90,58	9,29	81,29
1/2017	Patientenname F	Patientenvorname F	05.11.1955	22.03.2017	Präparat F	Beanstandungsgrund F	1	92,88	2,30	90,58	9,29	81,29
1/2017	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
(alle Angaben fiktiv, Preise = Preisbeispiele)											Summe	X.XXX,XX

Liste sortiert nach:

- 1 Patientenname
- 2 Vorname des Patienten

Erläuterungen zu den Beanstandungsgründen sind ggf. im Antragsschreiben aufzuführen

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

ANLAGE 8 - Arztbezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeitsziele gemäß der Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung

1. Es werden betriebsstättenbezogen die Wirtschaftlichkeitsziele gemäß der Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung geprüft, die die Vertragspartner auf der Basis des § 84 Absatz 1 Ziffer 2 SGB V i.V.m. § 3 (4) der Rahmenvorgaben nach § 106b Absatz 2 SGB V vereinbart haben.
2. Die Prüfung erfolgt von Amts wegen und wird nach Abschluss des Kalenderjahres auf der Grundlage geprüfter Arzneiverordnungsdaten durchgeführt.
3. Als Prüfgrundlage stellt das Biometrische Zentrum (BZN) die Ergebnisse der betriebsstättenbezogenen 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.
5. 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 ggf. anschließenden Maßnahmen.
6. Eine Saldierung der Zielfelder findet nicht statt. Hinsichtlich evtl. Prüfmaßnahmen werden Zielfelder nur dann berücksichtigt, wenn mindestens 25 Verordnungen pro Zielfeld und Jahr vorliegen.
7. Für die Festsetzung von Erstattungsbeträgen gilt die Geringfügigkeitsgrenze gem. § 19.
8. Näheres regelt die Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneiversorgung in ihrer jeweils gültigen Fassung.

ANLAGE 9 - Aufteilung von Erstattungsbeträgen auf die einzelnen Kostenträger

Die Vertragspartner vereinbaren ein nachvollziehbares und verursachungsgerechtes Verfahren zur Aufteilung von Erstattungsbeträgen auf die einzelnen Kostenträger.

1. Im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Behandlungsweise wird zuerst der Anteil des Erstattungsbetrages ermittelt, der an die Krankenkassen insgesamt gemäß jeweils gültiger Honorarvereinbarung zurückzufließt (z. B. Leistungsanteil außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung [aMGV]). Die dafür notwendigen Informationen werden der Prüfungsstelle zur Verfügung gestellt. Die Aufteilung dieses Betrages auf die Krankenkassen wird nach folgendem Berechnungsschema vorgenommen:

- a. Einzelleistungen (GOP): $\text{EBM-Punktzahl der Krankenkasse GOP X} / \text{EBM-Punktzahl GOP}$
- b. Leistungsgruppen (LG): $\text{EBM-Punktzahl der Krankenkasse LG X} / \text{EBM-Punktzahl LG}$
- c. Gesamtfallwert: $\text{EBM-Punktzahl der Krankenkasse} / \text{EBM-Punktzahl GKV}$

2. Erstattungen aus Durchschnittswertprüfungen ärztlich verordneter Leistungen werden nach kassen-/kostenträgerspezifischen Fallzahlen ggf. unter Berücksichtigung einer unterschiedlichen Versichertenzusammensetzung/Morbidität verteilt:

$$\text{Korrekturfaktor Morbidität} \times \text{Fallzahl Kostenträger} / \text{Fallzahl insgesamt}$$

3. Erstattungen im Rahmen von MRG- und Zielvereinbarungsprüfungen werden auf Basis der in die Prüfung eingehenden Bruttoverordnungskosten der einzelnen Kostenträger aufgeteilt:

$$\text{Bruttotaxensumme Krankenkasse} / \text{Bruttotaxensumme GKV insgesamt}$$

4. Erstattungen im Bereich der Zufälligkeitsprüfung erfolgen grundsätzlich getrennt nach Prüfungsgegenständen in Anlehnung an die getroffenen Regelungen.

PROTOKOLLNOTIZ

zur Prüfvereinbarung gemäß §§ 106 Abs. 1, 106a Abs. 4 und 106b Abs. 1 SGB V vom 31.07.2016

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass mit den richtgrößenablösenden Prüfverfahren sowohl eine Qualitätssicherung als auch eine Steuerung der Versorgung erreicht werden sollen. Eine dahingehend zielgerichtete Umsetzung der Regelungen durch die Prüfungsstelle hängt maßgeblich von der Kenntnis der Prüfungsstelle von diesen Intentionen ab. Für die Prüfzeiträume 2017 und 2018 soll der Prüfungsstellenleiter daher jeweils nach Vorliegen der Datengrundlage eine Beratungskommission mit Vertretern der Krankenkassen(-verbänden) und der KVSH einberufen und insbesondere den Aufbau, Ablauf und die Ergebnisse der (Vorab-)Prüfung erläutern. Anleitungen für eine vertragskonforme Umsetzung formulieren die Vertragspartner als gemeinsame Empfehlung.

Bad Segeberg, Dortmund, Kiel, Hamburg, Lübeck, den 31. Juli 2016

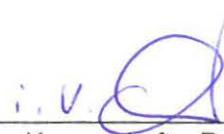
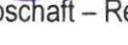



Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bad Segeberg


AOK - Die Gesundheitskasse - NORDWEST, Dortmund


BKK-Landesverband NORDWEST, Hamburg


i. A. 
LKK Nord, Lübeck


i. v. 
Knappschaft – Regionaldirektion Nord, Hamburg


i. A. 
SVLFG als LKK, Kiel


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