

Zwischen

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

und

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

dem **BKK - Landesverband NORDWEST**, Hamburg

der **IKK - Die Innovationskasse**, 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,

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 die Leiterin 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:

Inhaltsverzeichnis

I.	Allgemeine Bestimmungen	§ 1 Regelungsbereich
II.	Einrichtungen	
1.	Grundsätze	§ 2 Organisation
2.	Beratungskommission	§ 3 Beratungskommission § 4 - unbesetzt -
3.	Beschwerdeausschuss	
3.1	Kammern	§ 5 Kammerbildung Beschwerdeausschuss
3.2	Ausschussmitglieder	§ 6 Ausschussmitglieder Beschwerdeausschuss
3.3	Vorsitzender	§ 7 Aufgaben des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses
3.4	Ausübung des Amtes der Ausschussmitglieder	§ 8 Rechtsstellung der Ausschussmitglieder und Vorsitzenden
3.5	Beschlüsse	§ 9 Beschlussfähigkeit § 10 Beschlussfassung und -dokumentation
III.	Verfahren	
1.	Prüfungsstelle	
1.1	Verfahren	§ 11 Schriftliches Verfahren § 12 Bescheide der Prüfungsstelle
1.2	Widerspruch	§ 13 Widerspruch
1.3	Berichterstattung	§ 14 Pflicht zur laufenden Berichterstattung
2.	Beschwerdeausschuss (Widerspruchsverfahren)	§ 15 Widerspruchsverfahren
IV.	Wirtschaftlichkeitsprüfungen	
A.	Grundsätze	
1.	Prüfgruppen (Vergleichs-/Fachgruppen)	§ 16 Prüfgruppen
2.	Praxisbesonderheiten	§ 17 Praxis-/Versorgungsbesonderheiten
3.	Kompensatorische Einsparungen	§ 18 Kompensatorische Einsparungen
4.	Geringfügigkeits-/Bagatellgrenzen	§ 19 Geringfügigkeits-/Bagatellgrenzen
B.	Daten(-lieferungen)	§ 20 Datenlieferungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung § 21 Datenaufbereitung
C.	Prüfung ärztlich verordneter Leistungen	
1.	Einzelfallprüfung	§ 22 Einzelfallprüfung
2.	Prüfung in besonderen Fällen	§ 23 Prüfung von als besondere Verordnungsbedarfe gekennzeichneten Heilmittelverordnungen
3.	Auffälligkeitsprüfung	
3.1	Vorrang der Auffälligkeitsprüfung	§ 24 Vorrang und Umfang der Auffälligkeitsprüfung
3.2	Prüfzeitraum	§ 25 Prüfzeitraum Auffälligkeitsprüfung
3.3	Versorgungsrelevante Anwendungsgebiete	§ 26 Versorgungsrelevante Anwendungsgebiete
3.4	Aufgreifen insb. 5-Prozent-Regel und Anwendungsbeobachtungen	§ 27 Aufgreifen

3.5 Kostendifferenz	§ 28 Kostendifferenz im Rahmen von statistischen Prüfungen
3.6 Auffälligkeitsprüfung auf Basis von Morbidity Related Groups (MRG)	§ 29 Prüfungsgegenstand MRG-Prüfung
	§ 30 MRG-Prüfung
	§ 31 Nichtdurchführbarkeit von Regelprüfmethoden
	§ 32 Aufgreifkriterien bei MRG-Prüfung
3.7 Durchschnittswertprüfung (exkl. Sprechstundenbedarf)	§ 33 Aufgreifkriterien bei Durchschnittswertprüfung
	§ 34 Verfahren bei Nichtvergleichbarkeit
3.8 Vereinbarungen zu Prüfungen von Wirtschaftlichkeitszielen (Zielvereinbarung)	§ 35 Prüfung im Rahmen von Zielvereinbarungen
3.9 Durchschnittswertprüfung Sprechstundenbedarf	§ 36 Aufgreifkriterien bei Durchschnittswertprüfung Sprechstundenbedarf
D. Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise	§ 37 Sachlich-rechnerische Fehler in der Honorarabrechnung
1. Einzelfallprüfung	§ 38 Einzelfallprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise
2. Durchschnittswertprüfung	§ 39 Durchschnittswertprüfung auf Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise
E. Antragsgebundene Prüfung gemäß § 106a Absatz 1 SGB V	§ 40 Vorgaben zur antragsgebundenen Prüfung gemäß § 106a Absatz 1 SGB V
	§ 41 Prüfungsumfang und Anwendungsbereich
	§ 42 Prüfzeitraum
F. Maßnahmen	
1. Grundsätze	§ 43 Grundsatz Beratung vor Erstattung/Kürzung
	§ 44 Pflicht zur Beratung vor Erstattung
	§ 45 Erstmaligkeit einer Auffälligkeit in der Verordnungsprüfung
2. Beratungen	§ 46 Beratungen
3. Maßnahmen bei Neuzugelassenen	§ 47 Maßnahmen bei Neuzugelassenen
4. Erstattungen und Kürzungen	
4.1 Erstattung	§ 48 Erstattungen und Nachforderungen
4.2 Berechnung und Aufteilung	§ 49 Feststellung Erstattungs-/Nachforderungsbetrag
	§ 50 Aufteilung Erstattungs- und Nachforderungsbetrag
4.3 Vollzug	§ 51 Vollzug
V. Schlussbestimmungen	
A. Salvatorische Klausel	§ 52 Salvatorische Klausel
B. Inkrafttreten	§ 53 Inkrafttreten
C. Kündigung	§ 54 Kündigung

Anlagen

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

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde die generisch maskuline Form gewählt. Der Vertrag bezieht sich in gleicher Weise auf alle Menschen.

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 gemäß § 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 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 2 dieser Vereinbarung.

- (4) Die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen im Rahmen der Teilnahme an Verträgen nach §§ 73b, 140a SGB V und Altverträge nach den §§ 73a, 73c und 140a SGB V in der Fassung bis zum 22.07.2015 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 2.
- (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.

§ 4

- unbesetzt -

3. Beschwerdeausschuss

3.1 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.

3.2 Ausschussmitglieder

§ 6

Ausschussmitglieder Beschwerdeausschuss

- (1) Der Beschwerdeausschuss besteht aus je vier Vertretern der KVSH und der Krankenkassen (-verbände) 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.

3.3 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.

3.4 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.

3.5 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. Aus wichtigen Gründen und im Einvernehmen aller Beteiligten kann die persönliche Anwesenheit ganz oder teilweise durch Online- oder Telefonpräsenz ersetzt oder ergänzt werden.

§ 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. Die Frist zur Stellungnahme hat in der Regel sechs Wochen zu betragen.

§ 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 Abwesenheit durch einen Vertreter gemäß interner Unterschriftenregelung 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.
- (3) § 84 Absatz 1 SGG bleibt davon unberührt.

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) Die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses erfolgen unter Beachtung der gesetzlichen Fristen und der entsprechenden Regelungen der Rahmenvorgaben gem. § 106b SGB V.
- (6) 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.
- (7) 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 Ordnungsbedarfe im Heilmittelbereich sind in der Wirtschaftlichkeitsprüfung anzuerkennen. Die Heilmittelverordnungen, die vom gemeinsamen Bundesausschuss als langfristiger Heilmittelbedarf festgelegt wurden, unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.
- (3) Wird auf Grund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit eines Arzneimittels erneut das Arzneimittel oder ein vergleichbares Arzneimittel verordnet, ist diese erneute Verordnung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen, wenn die Verordnung entsprechend gekennzeichnet ist.
- (4) Wenn der weiter verordnende Arzt nachweist, dass Überschreitungen der Ordnungskosten in der Auffälligkeitsprüfung durch Krankenhausentlassmedikation bedingt sind, für die wirtschaftlichere Ordnungsalternativen bestehen, diese aber aus medizinischen Gründen durch ihn verantwortbar nicht abänderbar waren, sind die hierdurch über den statistischen Vergleichswert 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 Ordnungs-/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 70 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. Für die Verordnung von Sprechstundenbedarf gelten ausschließlich die in der Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf genannten Grenzen.

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 Ordnungsbereichen 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 Vollzug der Prüfungen und die gemeinsame Steuerung notwendig ist.

§ 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 Ordnungsweise im Einzelfall von Amts wegen, soweit im Falle des Vorliegens niedriger Ordnungskosten, 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 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) Der Regelprüfzeitraum ist das Quartal. Quartalsübergreifende Anträge sind im Rahmen der geltenden Fristen zulässig.
- (5) Die Prüfanträge sollen nach Möglichkeit innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Ende des 1. Quartals des zu prüfenden Zeitraumes gestellt werden, in dem die Verordnung ausgestellt worden ist. Gesetzlich geregelte Ausschlussfristen werden durch die Ordnungsfrist in Satz 1 nicht berührt.

- (6) Die Berücksichtigung der Kostendifferenz zur als wirtschaftlich angesehenen Verordnung ist vorzunehmen, wenn die zu prüfende Verordnung unwirtschaftlich ist und nicht unzulässig und somit von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen ist. Ausgenommen von der Anwendung der Differenzschadensmethode sind ärztliche Verordnungen, die durch gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen, wie z. B. § 34 SGB V, Anlage 1 der Heilmittel-Richtlinie, ausgeschlossen sind und für die die Voraussetzungen nach § 12 Abs. 11 Arzneimittel-Richtlinie nicht vorliegen. Entsprechende Anträge benennen und quantifizieren die wirtschaftliche Leistung oder die durchschnittlichen wirtschaftlichen Verordnungskosten. An Stelle der im Einzelfall jeweils zu übermittelnden wirtschaftlichen Leistung können für regelmäßig inhaltsgleiche Beanstandungen auch indikationsbezogene durchschnittliche wirtschaftliche Verordnungskosten durch die Vertragspartner festgelegt und durch die Prüfungsstelle regelhaft berücksichtigt werden.
- (7) Soweit sich der Schaden zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht exakt feststellen lässt, ist eine nachvollziehbare Schätzung vorzunehmen.
- (8) Die Prüfanträge im Einzelfall sind mit dem in der Anlage 5 dieser Vereinbarung beigefügten Formular zu stellen und nachvollziehbar zu begründen. Änderungen des Formulars sind einvernehmlich möglich. Prüfanträge im Einzelfall können mittels Anlage 5 auch elektronisch gestellt werden.
- (9) 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.
- (10) 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 schuldhafte Verletzung vertragsärztlicher Pflichten.
- (11) Die Regelungen bei Einzelfallprüfung des Sprechstundenbedarfes können abweichen. Die Einzelheiten regeln die Vertragspartner in der Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf.

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 den §§ 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 den §§ 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 im Arzneimittelbereich und Durchschnittsprüfungen im Heilmittelbereich) 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 und Anwendungsbeobachtungen

§ 27

Aufgreifen

- (1) Die einzelnen Schritte des Aufgreifens bei MRG-Prüfung und deren Abfolge regeln die Vertragspartner in Anlage 3 dieser Vereinbarung.
- (2) Auffälligkeitsprüfungen sollen je Prüfmethode in der Regel für nicht mehr als 5 % 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 Kostendifferenz

§ 28

Kostendifferenz im Rahmen von statistischen Prüfungen

Die vereinbarten Prüfsystematiken stellen die tatsächlichen Verordnungskosten der jeweils geeigneten wirtschaftlichen Vergleichsgröße gegenüber.

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.
- (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

MRG-Prüfung

Im Arzneimittelbereich 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.

§ 31

Nichtdurchführbarkeit von Regelprüfmethoden

Kann die im Arzneimittelbereich vereinbarte MRG-Prüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt ersatzweise eine Prüfung (inkl. Auswahl der auffälligen Betriebsstätten) nach Durchschnittswerten. Im Heilmittelbereich bildet die Durchschnittswerteprüfung die Regelprüfmethode. Sie erfolgt unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten, besonderen Versorgungsbedarfen und des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V.

§ 32

Aufgreifkriterien bei MRG-Prüfung

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.

3.7 Durchschnittswertprüfung (exkl. Sprechstundenbedarf)

§ 33

Aufgreifkriterien bei Durchschnittswertprüfung

- (1) Erstattungen aufgrund von MRG-ersetzenden Durchschnittswertprüfungen im Bereich 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) Erstattungen bei Durchschnittswertprüfungen im Heilmittelbereich erfolgen, wenn der um Praxisbesonderheiten gem. § 32 Satz 3 bereinigte Heilmittelfallwert den fachgruppendurchschnittlichen Fallwert um mehr als 60 % übersteigt.
- (3) Die Fälle von Versicherten werden ergänzt, die im Rahmen bereinigungsrelevanter Selektivverträge behandelt werden.
- (4) Hinweise erhalten Betriebsstätten deren gem. Absatz 1 oder 2 bestimmte Überschreitung im Prüfzeitraum > 15 % bei Arzneimitteln oder > 40 % bei Heilmitteln ist.
- (5) Bei einem Fachgruppenfallwert von unter 2,50 Euro und Verordnungskosten unter 2.500 Euro je Verordnungsbereich erfolgt keine Prüfung nach Durchschnittswerten.
- (6) 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 weiterentwickelten Fassung berücksichtigt. 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.
- (7) 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 6 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 Verordnungs-/Versorgungsbereiche möglich. Die Regelungen gem. Absatz 2 und 3 gelten, sofern in diesen Zielvereinbarungen keine abweichenden Regelungen getroffen werden.

3.9 Durchschnittswerteprüfung Sprechstundenbedarf

§ 36

Aufgreifkriterien bei Durchschnittswerteprüfung Sprechstundenbedarf

- (1) Erstattungen aufgrund von Durchschnittswerteprüfungen 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 ≤ 1 Euro:	100 %,
- Fachgruppenfallwert > 1 und < 5 Euro:	60 %,
- Fachgruppenfallwert ≥ 5 Euro:	40 %.
- (2) Hinweise erfolgen analog Absatz 1, wenn der prüfungsrelevante Fallwert der Betriebsstätte den fachgruppendurchschnittlichen Fallwert um folgende Werte überschreitet:

- Fachgruppenfallwert ≤ 1 Euro:	90 %,
- Fachgruppenfallwert > 1 und < 5 Euro:	50 %,
- Fachgruppenfallwert ≥ 5 Euro:	30 %.

- (3) Bei einem Fachgruppendurchschnitt von unter 0,20 Euro und Verordnungskosten 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.

2. Durchschnittswertprüfung

§ 39

Durchschnittswertprüfung auf Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

- (1) 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 (Fachgruppendurchschnitt) 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).
- (2) Sofern bereits Praxisbesonderheiten erkennbar sind, die die Überschreitung erklären, kann auf die Einleitung eines Prüfverfahrens verzichtet werden.
- (3) Wird festgestellt, dass in einzelnen Leistungsbereichen ein Vergleich mit den Durchschnittswerten der Fachgruppe (Horizontalvergleich) nicht möglich oder nicht geeignet ist, weil diese als Maßstab der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen nicht geeignet sind, ist stattdessen ein Vertikalvergleich (Vergleich mit dem eigenen Behandlungsverhalten früherer oder nachfolgender Quartale) zulässig.

E. Antragsgebundene Prüfung gemäß § 106a Absatz 1 SGB V

§ 40

Vorgaben zur antragsgebundenen Prüfung gemäß § 106a Absatz 1 SGB V

Die Prüfung erfolgt gemäß dem in § 106a Absatz 1 SGB V beschriebenen Verfahren sowie auf Basis der nach § 106a Abs. 3 SGB V auf Bundesebene vereinbarten Rahmenempfehlung zum Inhalt und zur Durchführung. Praxisbesonderheiten sind in einer Vorabprüfung, ggf. unter Mitwirkung der betroffenen Ärzte, zu berücksichtigen. Diese können sich insbesondere aus dem Standort, der Struktur und besonderen Patienten ableiten. Bei (Teil-)Überschneidungen mit Prüfungen gem. § 106a Absatz 4 Satz 1 SGB V ist die Prüfung gemäß § 106a Absatz 1 SGB V nachrangig.

§ 41

Prüfungsumfang und Anwendungsbereich

Die Prüfungen können die in § 1 Abs. 3 Satz 1 der Rahmenempfehlungen genannten Gegenstände umfassen. Es werden maximal 50 der im jeweiligen Quartal bei der KVSH abrechnenden Vertragsärzte/Psychotherapeuten geprüft.

§ 42

Prüfzeitraum

Der einer Prüfung zugrunde liegende Zeitraum beträgt ein Quartal.

F. Maßnahmen

1. Grundsätze

§ 43

Grundsatz Beratung vor Erstattung/Kürzung

Gezielte Beratungen sollen gemäß § 106 Abs. 3 Satz 6 SGB V weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Dieser Grundsatz gilt nicht für ärztlich verordnete Leistungen im Einzelfall nach § 22 dieser Vereinbarung. 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 Verordnungsprüfungen erfolgt aufgrund erstmaliger Auffälligkeit in einer im Erstattungsreich 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.

§ 45

Erstmaligkeit einer Auffälligkeit in der Verordnungsprüfung

- (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) Betriebsstättennummernänderungen (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 Verordnungsbereich mehr als eine Auffälligkeitsprüfung durchgeführt, so gilt das Kriterium der Erstmaligkeit zusätzlich und ausschließlich je Prüfmethode.

2. Beratungen

§ 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 sechs 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.

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 4 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 Zulassungstammdaten 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 und Nachforderungen

- (1) Erstattungen/Nachforderungen im Rahmen von Auffälligkeitsprüfungen der Verordnungsweise dürfen erstmals für den Zeitraum nach erfolgter maßnahmenrelevanter Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden.
- (2) Es gelten prüfartabhängig die Fristen und Hemmungen gemäß § 106 Abs. 3 SGB V und § 3b Abs. 1 der Rahmenvorgaben gem. § 106b SGB V.

4.2 Berechnung und Aufteilung

§ 49

Feststellung Erstattungs-/Nachforderungsbetrag

- (1) Erstattungen und Nachforderungen aus unterschiedlichen Prüfverfahren werden aufeinander angerechnet, sofern diese sich auf denselben Prüfungsgegenstand und ganz oder teilweise denselben Prüfzeitraum beziehen. Die Verrechnung ist je Überschneidung differenziert im Prüfbescheid darzustellen.
- (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 und Nachforderungen unterhalb der in § 19 genannten Geringfügigkeits-/Bagatellgrenzen werden nicht festgesetzt.
- (4) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss haben Zahlungsansprüche (Nachforderungen, Erstattungen, Kürzungen bzw. Schadenersatz) im Bescheid so festzusetzen, dass aus dem Bescheid im Falle seiner Vollziehbarkeit die Zwangsvollstreckung nach den Vorschriften des § 66 SGB X möglich ist. Hierzu ist der Zahlungsanspruch in der Entscheidungsformel des Bescheides genau zu beziffern. Weiter ist im Bescheid eindeutig zu bezeichnen, wer Gläubiger und wer Schuldner des Zahlungsanspruchs ist; sind mehrere Schuldner als Gesamtschuldner verpflichtet (z. B. im Falle einer Berufsausübungsgemeinschaft in Form einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts die Gesellschaft und die Vertragsärzte, die Gesellschafter sind), sind alle Gesamtschuldner sowie ihre gesamtschuldnerische Verpflichtung anzugeben. Steht eine festgesetzte Nachforderung oder Erstattung mehreren Gläubigern anteilig zu, so muss im Bescheid der anteilige Zahlungsanspruch eines jeden Gläubigers betragsmäßig genau bezeichnet und dem jeweiligen Gläubiger zugeordnet werden. Bei Prüfungen von Sprechstundenbedarfsverordnungen ist die Krankenkasse, die die Aufgaben der Umlagekasse wahrnimmt, als Gläubigerin zu bezeichnen; Gleiches gilt für Prüfungen von Impfstoffverordnungen nach der Impfvereinbarung. Die nach den Sätzen 2 bis 5 erforderlichen Angaben müssen aus Rubrum und Entscheidungsformel des Bescheides ersichtlich sein. Die Regelungen des § 52 bleiben unberührt.

§ 50

Aufteilung Erstattungs- und Nachforderungsbetrag

Die nach vollständiger Prüfung und Bereinigung nach § 49 festgesetzten Erstattungs-/Nachforderungs-beträge 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 7 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 2026 in Kraft und ersetzt die bis zu diesem Zeitpunkt geltende Prüfvereinbarung, die am 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist. Soweit die Regelungen der am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Prüfvereinbarung den §§ 106 ff. SGB V in der am 11.05.2019 in Kraft getretenen Fassung (gemäß Terminservice- und Versorgungsgesetz [TSVG]) widersprechen, werden sie abweichend von Satz 1 rückwirkend zum 11.05.2019 durch die Regelungen der vorliegenden Prüfvereinbarung ersetzt. Soweit die Regelungen der am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Prüfvereinbarung den §§ 106 ff. SGB V in der am 20.07.2021 in Kraft getretenen Fassung (gemäß Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz [GVWVG]) widersprechen, werden sie abweichend von Satz 1 rückwirkend zum 20.07.2021 durch die Regelungen der vorliegenden Prüfvereinbarung ersetzt; Satz 2 bleibt unberührt.

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 15. Dezember 2025

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,
Dortmund

BKK-Landesverband NORDWEST,
Hamburg

IKK - Die Innovationskasse,
Lübeck

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,
Hamburg

SVLFG als LKK,
Kiel

Verband der Ersatzkassen (vdek) - Die Leiterin der Landesvertretung Schleswig-Holstein,
Kiel

Anlagenverzeichnis

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

ANLAGE 1

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

A. Vergleichsgruppen Behandlungsprüfung (Honorarprüfgruppen)

Anästhesisten	Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte	Nephrologen
Ärzte für Nervenheilkunde	Neurochirurgen
Augenärzte	Neurologen
Chirurgen	Nuklearmediziner
Endokrinologen	Onkologen
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	Orthopäden
Gastroenterologen	Pathologen
Gynäkologen	Physikalisch-Rehabilitative Mediziner
Hausärzte	Pneumologen
Hautärzte	Psychiater und Psychotherapeuten
HNO-Ärzte	Psychologische Psychotherapeuten
Humangenetiker	Psychotherapeutische Mediziner
Krankenhausnotfallambulanzen	Radiologen
Kardiologen/Angiologen	Rheumatologen
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	Strahlentherapeuten
Kinder- und Jugendpsychiater	Teilermächtigte/Sonstige
Kinderärzte	Transfusionsmediziner
Labormediziner	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 von 2

Fallzahl-Arzt-Gesamt: 570
Fallzahl-Arzt-Kurativ: 570

Leistung	Anzahl	eigener Durchschnitt auf 100 Fälle	Durchschnitt der Erbringerärzte auf 100 Fälle	Durchschnitt von allen Ärzten der Fachgruppe auf 100 Fälle	Anzahl Erbringer-ärzte	Leistung	Anzahl	eigener Durchschnitt auf 100 Fälle	Durchschnitt der Erbringerärzte auf 100 Fälle	Durchschnitt von allen Ärzten der Fachgruppe auf 100 Fälle	Anzahl Erbringer-ärzte
01100	77	13,5	1,0	0,4	660	30948	1	0,2	0,2	0,0	4
01410	135	23,7	6,2	5,9	1.835	30950	1	0,2	0,2	0,0	92
01411	8	1,4	0,7	0,3	863	31011	2	0,4	0,2	0,1	1.007
01412	8	1,4	0,7	0,4	1.035	31012	1	0,2	0,3	0,3	1.386
01413	15	2,6	7,9	6,7	1.572	31013	13	2,3	0,5	0,4	1.567
01621	3	0,5	0,5	0,4	1.467	32001	321	56,3	70,4	70,4	1.962
01622	3	0,5	0,7	0,6	1.652	32006	2	0,4	1,1	0,9	1.521
01731	15	2,6	1,3	0,9	1.272	32008	9	1,6	0,5	0,3	1.049
01732	32	5,6	6,4	6,2	1.865	32010	68	11,9	0,5	0,1	199
01734M	10	1,8	0,7	0,4	1.105	32015	54	9,5	3,1	2,9	1.812
01745M	2	0,4	0,4	0,1	509	32018	5	0,9	0,6	0,3	742
01746	18	3,2	2,1	1,3	1.165	32019	11	1,9	0,4	0,3	1.074
01746M	14	2,5	1,6	1,1	1.210	32022	94	16,5	7,6	7,3	1.831
02300	49	8,6	1,7	1,1	1.236	32023	22	3,9	1,3	1,1	1.675
02510	20	3,5	4,3	1,2	519	32026	106	18,6	7,4	2,5	600
02511	40	7,0	2,9	0,5	274	32030	91	16,0	6,2	6,1	1.894
03002	22	3,9	5,5	2,3	846	32040	17	3,0	0,6	0,4	1.275
03003	172	30,2	41,7	17,0	863	32042	32	5,6	11,6	8,3	1.378
03004	226	39,7	29,3	11,9	860	32880	32	5,6	5,0	4,1	1.534
03005	150	26,3	16,2	6,6	856	32881	1	0,2	3,9	0,8	368
03040	569	99,8	79,3	61,0	1.580	32882	1	0,2	3,8	0,6	301
03220	375	65,8	42,4	42,0	1.926	33012	40	7,0	2,4	1,0	691
03220H	26	4,6	4,8	4,1	1.655	33040	70	12,3	2,5	0,1	65
03221	321	56,3	33,0	32,6	1.913	33042	84	14,7	4,7	3,0	1.156
03221H	18	3,2	3,4	2,9	1.611	33061	47	8,3	1,6	0,1	56
03230	1.908	334,7	43,9	43,6	1.929	40120	485	85,1	8,7	7,6	1.659
03241	32	5,6	1,8	0,3	309	40124	2	0,4	0,3	0,1	517
03321	18	3,2	1,3	0,8	1.094	40144	70	12,3	18,0	14,5	1.509
03322	34	6,0	1,5	0,5	612	40240	36	6,3	1,0	0,4	773
03324	2	0,4	1,4	1,1	1.469	89102B	3	0,5	0,1	0,0	364
03330	18	3,2	2,7	2,2	1.531	89119	1	0,2	0,4	0,3	1.284
03360	100	17,5	3,6	3,0	1.596	89124A	1	0,2	0,2	0,0	113
03362	200	35,1	7,4	6,5	1.674	89124R	1	0,2	0,2	0,0	236
03370	1	0,2	0,3	0,1	751	89201R	1	0,2	0,3	0,1	662
03371	2	0,4	0,5	0,2	669	90410P	8	1,4	1,3	0,8	1.112
03372	5	0,9	1,1	0,5	763	99018	21	3,7	0,8	0,5	1.158
30130	3	0,5	0,7	0,2	370	99095	38	6,7	2,2	2,0	1.764
30710	6	1,1	1,2	0,0	5	99097	21	3,7	0,9	0,5	986
30940	1	0,2	0,2	0,0	144	99101A	5	0,9	1,6	1,4	1.580
30942	1	0,2	0,2	0,0	118	99103A	3	0,5	1,0	0,3	548
30944	1	0,2	0,2	0,0	84	99105	84	14,7	3,8	2,4	1.179
30946	1	0,2	0,1	0,0	42	99751	2	0,4	0,4	0,2	1.069

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

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, sofern 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.

ANLAGE 3

Aufgreifen und Musterberechnung in der Auffälligkeitsprüfung Arzneimittel (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 KK/KV
A5	Kontrazeptiva für Frauen < 22 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 KK/KV
B3	Sonstige Praxisbesonderheiten und von Amts wegen nicht zu berücksichtigende 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 €	Bestimmung PS aus Daten der KK/KV
Q2	Nullverordnungen	500 €	Bestimmung PS aus Rezeptdaten der KK
AS	Abziehende Posten – Vorprüfung	1.000 €	= A1 + A2 + A3 + A4 + 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 Patientenzuzahlung. 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.

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 4

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 Beratungen durch die KVSH angeboten, welche durch Informationsgespräche einzelner Vertragspartner ergänzt werden können. Die Prüfungsstelle verzichtet in diesen Fällen auf die Anforderung von Stellungnahmen.
2. Die Beratungen gemäß Absatz 1 Satz 2 und 3 erfolgen individuell auch als Gruppenberatung.
3. 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 oder Beratungen nicht durchgeführt werden konnten. Die Vertragspartner stimmen die gem. § 47 Abs. 2 zu liefernden Listen untereinander ab.
4. Die KVSH bietet Neuzugelassenen regelmäßige, kontinuierliche Informationen zu den relevanten Versorgungsbereichen an.

ANLAGE 5

Musteranträge Einzelfallprüfung Verordnungen

Name der Krankenkasse

Anschrift

Telefon

Fax*

Geschäftszeichen

Ansprechpartner*

Durchwahl*

E-Mail*

Bitte nutzen Sie diese Vorlage bis max. 6 Positionen,
ansonsten empfiehlt sich die Nutzung der patienten-
bezogenen Auflistung als Anlage zum Antrag.

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

Antragsart (z. B. Prüfung im Einzelfall gem. § 22 Prüfvereinbarung)

**Betriebsstättennummer/ggf. LANR
Praxis-/Arztname
Praxisanschrift***
Quartal(e) in dem der mutmaßliche
Schaden entstanden ist

Datum Antragstellung

Präparat	Menge	Beanstandungsgrund (z. B. AMR)	Betrag in Euro (Brutto - Rabatte - Patientenanteil = Forderungsbetrag, ggf. Berücksichti- gung des Preises der wirtschaftli- chen Alternative netto)**
Präparat A		Beanstandungsgrund Präparat A	
Patientenname A, Patientenvor- name A, Geburtsdatum Patient A	1	ggf. wirtschaftliche Alternative	14,99 - 1,73 - 0 = 13,26
Patientenname B, Patientenvor- name B, Geburtsdatum Patient B	1	ggf. wirtschaftliche Alternative	14,99 - 1,73 - 0 = 13,26
Präparat B		Beanstandungsgrund Präparat B	
Patientenname C, Patientenvor- name C, Geburtsdatum Patient C	1	ggf. wirtschaftliche Alternative	29,95 - 3,12 - 0 = 26,83
Summe			53,35

Ggf. Erläuterungstext:

z. B. Verordnungsausschluss verschreibungspflichtiger Arzneimittel

ggf. Anlagen

Eine Unterschrift ist nicht erforderlich.

*) Optionale Angaben

**) Die Preise verstehen sich als Beispiele.

Muster “Anlage zum Antrag auf Prüfung im Einzelfall” - Patientenbezogene Auflistung

Krankenkasse/Quartal 1/2026

Betriebsstättennummer, ggf. LANR, Praxis-/Arztname

Quartal	Patienten-nachname	Patienten-vorname	Geburtsdatum Patient	Verordnungsdatum	Präparat/Medikament	Beanstandungsgrund	ggf. Wirtschaftliche Alternative (WA)	ggf. Preis netto WA	Menge	Preis brutto	Rabatte	Preis netto	Zuzahlungen	Forderungsbetrag (in Euro)
1/2026	Patientenname A	Patientenvorname A	17.03.1932	01.01.2026	Präparat A	Beanstandungsgrund A	Alternative A	5,11	1	11,52	2,43	9,09	0,00	9,09
1/2026	Patientenname B	Patientenvorname B	12.05.1954	01.03.2026	Präparat B	Beanstandungsgrund B	Alternative B	10,93	1	30,71	4,87	25,84	5,00	20,84
1/2026	Patientenname C	Patientenvorname C	05.02.1951	02.03.2026	Präparat C	Beanstandungsgrund C	Alternative C	155,23	1	166,71	9,55	157,16	10,00	147,16
1/2026	Patientenname D	Patientenvorname D	25.11.1965	07.03.2026	Präparat D	Beanstandungsgrund D	Alternative D	23,32	1	35,78	3,50	32,28	5,00	25,77
1/2026	Patientenname E	Patientenvorname E	03.04.1946	09.02.2026	Präparat E	Beanstandungsgrund E	Alternative E	47,22	1	58,21	2,30	50,09	5,82	50,09
1/2026	Patientenname F	Patientenvorname F	05.11.1955	21.03.2026	Präparat F	Beanstandungsgrund F	Alternative F	24,12	1	92,88	2,30	90,58	9,29	81,29
1/2026	Patientenname F	Patientenvorname F	05.11.1955	22.03.2026	Präparat F	Beanstandungsgrund F	Alternative F	26,04	1	92,88	2,30	90,58	9,29	81,29
1/2026	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
(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

ANLAGE 6

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. 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.
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 7

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 Aufteilung dieses Betrages auf die Krankenkassen wird nach folgendem Berechnungsschema im Auftrag der Prüfungsstelle durch die KVSH 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: $\text{EBM-Punktzahl der Krankenkasse} / \text{EBM-Punktzahl GKV}$

und das Ergebnis maschinenlesbar der Prüfungsstelle übermittelt.

2. Erstattungen aus Durchschnittswertprüfungen ärztlich verordneter Leistungen werden nach kassen-/kostenträgerspezifischen Fallzahlen ggf. unter Berücksichtigung einer unterschiedlichen Versicherungszusammensetzung/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 Bruttoverordnungs-kosten der einzelnen Kostenträger aufgeteilt:

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

Erstattungen im Bereich der oben nicht genannten Prüfungen erfolgen grundsätzlich getrennt nach Prüfungsgegenständen in Anlehnung an die getroffenen Regelungen.

PROTOKOLLNOTIZ

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass bei der Wirtschaftlichkeit betreffenden Arzneimittelprüfanträgen, die sich mit der Zielvereinbarung zur Steuerung der Arzneimittelversorgung überschneiden, vorrangig ein einmaliger, ordnerbezogener, nachforderungsersetzender Hinweis durch die Prüfungsstelle erfolgt, insofern die Betriebsstätte aufgrund signifikanter Verordnungsmengen regelmäßig in dem sich überschneidenden Wirtschaftlichkeitszielfeld geprüft wird.

Bad Segeberg, Dortmund, Kiel, Hamburg, Lübeck, den 15. Dezember 2025

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,
Dortmund

BKK-Landesverband NORDWEST,
Hamburg

IKK - Die Innovationskasse,
Lübeck

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,
Hamburg

SVLFG als LKK,
Kiel

Verband der Ersatzkassen (vdek) - Die Leiterin der Landesvertretung Schleswig-Holstein,
Kiel