

Zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und

der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse**,
zugleich für die Knappschaft,

dem **BKK – Landesverband NORD**,

der **IKK Hamburg**,

der **See-Krankenkasse**,

dem **Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Siegburg**,
vertreten durch die Landesvertretung Hamburg

dem **AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg**
vertreten durch die Landesvertretung Hamburg,

und der Krankenkasse für den Gartenbau
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung

wird folgender

4. Nachtrag zur Prüfungsvereinbarung

**über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit
durch die gemeinsame Prüfungsstelle- und den Beschwerdeausschuss
vom 21.04.2005**

vereinbart:

Die Prüfungsvereinbarung erhält mit Wirkung zum 1. Januar 2008 die anliegende Fassung.

Hamburg, den 21. Dezember 2007

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1

Prüfungseinrichtung

Abschnitt 2

Verfahren vor der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss

Abschnitt 3

Prüfungsarten

- **Auffälligkeitsprüfung (Richtgrößenprüfung)**
- **Zufälligkeitsprüfung (Stichprobenprüfung)**
- **Durchschnittsprüfung ärztlich verordneter Leistungen**
- **Durchschnittsprüfung ärztlicher Leistungen**
- **Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter oder veranlasster Leistungen/ „Feststellung sonstigen Schadens“**
- **Prüfungen der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen auf Antrag**

Abschnitt 4

Besondere Aufgaben der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses

- **Feststellung von Regressansprüchen aufgrund gesamtvertraglicher Regelungen**
- **Sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs**

Abschnitt 5

Sonstiges

Abschnitt 1

Präambel: Sofern in dieser Prüfungsvereinbarung männliche Personenbezeichnungen verwendet werden, gelten sie auch in der weiblichen Form.

Prüfungseinrichtung

§ 1

Grundsätze

- (1) Die Prüfvereinbarung regelt das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit nach § 106 SGB V. Es gelten neben dieser Vereinbarung die „Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstellen nach § 106 Abs. 4 a SGB V (WiPrüfVo in der Fassung des GKV-WSG)“ und die Geschäftsordnung des Beschwerdeausschusses in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Abs. 1 unterliegt die vertragsärztliche Versorgung durch zugelassene Vertragsärzte, zugelassene Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zugelassene medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen (im folgenden Vertragsarzt genannt).

§ 2

Gemeinsame Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss

Die gemeinsame Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss setzen sich nach Maßgabe des Vertrages zur Bildung einer gemeinsamen Prüfungsstelle und eines Beschwerdeausschusses (Errichtungsvertrag) zusammen. Näheres zur Gliederung des Ausschusses in Kammern, zur Geschäftsverteilung, zur Besetzung der Kammern sowie weitere Einzelheiten regelt die Geschäftsordnung des Beschwerdeausschusses.

§ 3

Mitglieder des Beschwerdeausschusses

- (1) Die KVH und die Krankenkassen können ein von ihnen bestelltes Mitglied vorzeitig von seinem Amt entbinden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.
- (2) Über die Ausschusssitzungen und die Abstimmungen haben die mit dem Verfahren Befassten auch nach Beendigung ihres Amtes Stillschweigen im Rahmen des Sozialgeheimnisses (§ 35 SGB I Abs. 1) zu bewahren.
- (3) Ein Mitglied darf bei der Prüfung seiner eigenen Tätigkeit oder der eines Angehörigen im Sinne von § 16 SGB X nicht mitwirken. Das Gleiche gilt für Partner einer Gemeinschaftspraxis, einer Praxisgemeinschaft oder eines medizinischen Versorgungszentrums.
- (4) Ein Mitglied des Beschwerdeausschusses darf nicht an Entscheidungen teilnehmen, bei deren Vorbereitung er als Sachverständiger oder als Mitglied des Prüfungsausschusses mitgewirkt hat.

§ 4**Unterstützende Tätigkeit der Prüfungsstelle**

Der Beschwerdeausschuss wird bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben organisatorisch durch die Prüfungsstelle unterstützt. Die Aufgaben der Prüfungsstelle ergeben sich aus den gesetzlichen Bestimmungen und den Regelungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung.

§ 5**Sachverständige**

Soweit erforderlich beauftragen der Leiter der Prüfungsstelle oder der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses unabhängige Sachverständige mit der Erstellung von schriftlichen Gutachten zu den Prüfungsfällen. Die Sachverständigen können auch beauftragt werden, als Berichtersteller für die Prüfungsstelle oder in den Sitzungen des Beschwerdeausschusses zur Verfügung zu stehen. Die Vertragspartner können der Prüfungsstelle Personen benennen, die sich für eine Tätigkeit als unabhängige Sachverständige bereit erklärt haben.

§ 6**Datengrundlagen für Prüfungen**

- (1) Die Vertragspartner übermitteln der Prüfungsstelle die für die Erstellung der Prüfungsgrundlagen erforderlichen Daten gemäß §§ 296 Abs. 1, 2 und 4 sowie § 297 Abs. 1 bis 3 SGB V. Hierfür gelten der Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträger zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung sowie ergänzende Absprachen der Vertragspartner.
- (2) Die Prüfungsstelle erstellt aus den Daten des Absatzes 1 für die Prüfungsarten des Abschnittes 3 die statistischen Prüfungsgrundlagen und stellt diese den Vertragspartnern zur Verfügung.
- (3) Macht der Arzt in Prüfungsverfahren Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet die Prüfungsstelle, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und verfährt im Zweifel nach § 106 Abs. 2c Satz 2 SGB V.

Abschnitt 2

Verfahren vor der gemeinsamen Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss

§ 7

Amtsprinzip

- (1) Die Verfahren der Richtgrößenprüfung (§ 13), der Stichprobenprüfung (§ 14) und der Durchschnittsprüfung (§§ 15 und § 16) werden von der Prüfungsstelle von Amts wegen eingeleitet und durchgeführt. Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss erheben die ihnen erforderlich erscheinenden Beweise. Die KVH, die Krankenkassen und ihre Verbände sowie der geprüfte Vertragsarzt sind verpflichtet, die von der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss für erforderlich gehaltenen Unterlagen vorzulegen.
- (2) Dem Vertragsarzt wird vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Dabei sind ihm die prüferheblichen Sachverhalte mitzuteilen.
- (3) Abweichend von Absatz 1 werden die Prüfungen nach §§ 17, 18 und 20 auf Antrag durchgeführt. Der Antrag muss die Prüfungsart bezeichnen und die notwendigen Angaben nach den für die jeweilige Prüfungsart maßgeblichen Bestimmungen dieser Vereinbarung enthalten.

§ 8

Verfahren vor der Prüfungsstelle

- (1) Das Verfahren vor der Prüfungsstelle ist schriftlich. Das Verfahren ist nicht öffentlich; eine persönliche Anhörung findet nicht statt.
- (2) Die Prüfungsstelle entscheidet durch Beschluss. Der Beschluss ist zu begründen, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und nach Maßgabe der Geschäftsordnung der Prüfungsstelle zu unterzeichnen. Beschlüsse erhalten:
 - der betroffene Vertragsarzt
 - die betroffenen Krankenkassenverbände
 - die KVH
 - im Antragsverfahren außerdem die antragstellende Krankenkasse.
- (3) Gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle können die betroffenen Vertragsärzte, die antragstellende Krankenkasse, die betroffenen Verbände der Krankenkassen sowie die KVH Widerspruch erheben. Dieser hat aufschiebende Wirkung.
- (4) Abweichend von Absatz 3 findet ein Widerspruchsverfahren in den Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind, nicht statt. Entscheidungen der Prüfungsstelle in diesen Fällen sind ohne Anrufung des Beschwerdeausschusses vor dem Sozialgericht anzufechten.
- (5) Stellen die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss bei der Prüfung ärztlicher Leistungen sachliche Fehler der Abrechnung fest oder haben sie begründeten Zweifel an der sachlichen Richtigkeit der Abrechnung, geben sie die Abrechnung unter schriftlicher Darstellung der Auffälligkeiten an die KVH zurück. Insoweit ist die Vornahme einer Honorarkürzung durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss ausgeschlossen. Ergeben sich im Einzelfall Zweifel, ob eine Auffälligkeit der Honorarabrechnung als Unrichtigkeit zu werten ist, so entscheiden die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss über die Zuständigkeit endgültig; dabei gilt grundsätzlich eine vorrangige Zuständigkeit der Prüfungsgremien.

§ 9**Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss**

- (1) Für das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt § 8 entsprechend mit den nachstehenden Abweichungen.
- (2) Der Vorsitzende kann die persönliche Anhörung des Widerspruchsführers vor dem Beschwerdeausschuss anordnen sowie schriftlichen Anträgen des Widerspruchsführers auf persönliche Anhörung stattgeben, wenn dies zur Aufklärung des Sachverhaltes oder zur Beratung des Vertragsarztes sachdienlich erscheint. Im Übrigen ist auf eine vollständige Sachverhaltsermittlung im schriftlichen Verfahren hinzuwirken. Bei Nichterscheinen der Geladenen kann auch in deren Abwesenheit entschieden werden, hierauf ist in der Ladung hinzuweisen.
- (3) Für jeden Sitzungsgegenstand ist eine gesonderte Niederschrift anzufertigen, die den Beteiligten zusammen mit den Bescheiden übermittelt wird.

§ 10**Prüfungsentscheidungen**

- (1) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss entscheiden in den Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung, ob der Vertragsarzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind.
- (2) Wird als Ergebnis des Prüfverfahrens festgestellt, dass ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vorliegt, können die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss
 - schriftliche Beratungen durchführen bzw. schriftliche Hinweise aussprechen
 - die Durchführung einer persönlichen Beratung beschließen
 - Honorarkürzungen oder Verordnungsregresse beschließenDabei sollen gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen.
- (3) Der Vorrang der Beratung gilt nicht
 - in Verfahren der Richtgrößenprüfungen, soweit Überschreitungen des Richtgrößenvolumens um mehr als 25% beanstandet werden,
 - sofern bei Prüfmaßnahmen auf statistische Überschreitungen im offensichtlichen Missverhältnis abgestellt wird,
 - bei Beanstandung unzulässiger Verordnungen, wenn es sich um gesetzliche und vertragliche Verordnungsaußschlüsse handelt,
 - bei anderweitigen offenkundigen Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot.
- (4) Werden der Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss Umstände bekannt, die für Verfahren vor dem Disziplinausschuss der KVH oder den Zulassungsinstanzen Anlass geben könnten, unterrichten sie hierüber die KVH und die Verbände der Krankenkassen bzw. den Zulassungsausschuss.
- (5) Für Honorarkürzungen und Verordnungsregresse gilt eine Bagatellgrenze in Höhe von 50 € je geprüftem Quartal. Wird diese Grenze nicht überschritten so erfolgt lediglich eine schriftliche Unterrichtung des Vertragsarztes über die festgestellte Unwirtschaftlichkeit.

§ 11**Verfahrenskosten**

- (1) Das Verfahren vor der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss ist für den Vertragsarzt gebührenfrei.
- (2) Im Widerspruchsverfahren entscheidet der Beschwerdeausschuss über eine Kostenerstattung nach § 63 SGB X.
- (3) Soweit der Vertragsarzt aufgrund einer Kostenentscheidung der Sozialgerichte gem. § 193 SGG die Kosten des Verfahrens trägt, hat er die gem. § 2 Abs. 4 WiPrüfVO von den Vertragspartnern mit dem Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses für die Prozessvertretung vor Gericht vereinbarte Vergütung zu erstatten *) Im Übrigen machen die am Verfahren beteiligten Körperschaften des öffentlichen Rechts für Prüfverfahren bzw. Sozialgerichtsverfahren gegenüber dem Vertragsarzt sowie untereinander keine Kosten geltend.

) Vereinbarung*über die gesonderte Vergütung der unparteiischen Vorsitzenden für die Vertretung des Beschwerdeausschusses vor Gericht gemäß § 2 Abs. 4 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung – WiPrüfVO –**

Die Vergütung bemisst sich nach folgenden Kriterien:

1. Für das Betreiben der Gerichtsverfahren und für die Wahrnehmung von Gerichtsterminen werden in jedem Rechtszug gesonderte Gebühren vergütet.
2. Die Höhe der Gebühren richtet sich nach dem Gegenstand des Prüfungsverfahrens, wobei unterschieden wird zwischen Quartals- und Jahresprüfungen nach den Bestimmungen der Prüfungsvereinbarung.
3. Die Gebühren fallen entsprechend den Aktenzeichen der beklagten Entscheidungen des Beschwerdeausschusses je Praxis und Quartal an.
4. Die Verfahrensgebühr entsteht mit Aufnahme der Prozessvertretung des Vorsitzenden durch seine Meldung gegenüber dem Gericht. Sie wird fällig mit Beendigung des Rechtszuges oder mit Ablauf der Amtsperiode. Die Terminsgebühr wird nach Wahrnehmung des Termins fällig.
5. Für die Terminswahrnehmung beim Bundessozialgericht erhalten die Vorsitzenden eine Reisekostenerstattung nach § 2 Abs. 2 WiPrüfVO.
6. Eine gegebenenfalls auf die Vergütung entfallende Umsatzsteuer wird gesondert ersetzt.
7. Mit den Gebühren ist die gesamte Tätigkeit der Prozessvertretung abgegolten. Eine darüber hinausgehende Auslagenerstattung findet nicht statt.
8. Der Vorsitzende stellt die fälligen Vergütungen der Prüfungsstelle in Rechnung. Zum Ende der Amtsperiode fertigt sie eine Schlussrechnung über die Verfahrensgebühren der noch nicht beendeten Verfahren.

9. Wird ein Verfahren, das in der laufenden Amtsperiode nicht beendet wurde, in der nachfolgenden Amtsperiode von demselben Vorsitzenden vertreten, fällt für dieses keine erneute Verfahrensgebühr an.

Die Höhe der Gebühren ergibt sich aus nachstehender Tabelle:

		Quartals- prüfungen	Jahres- prüfungen
Sozialgericht	Verfahren	170 €	330 €
	Termin	130 €	270 €
Landessozialge- richt	Verfahren	210 €	410 €
	Termin	130 €	270 €
Bundessozialge- richt	Verfahren	290 €	590 €
	Termin	250 €	490 €

Abschnitt 3 Prüfungsarten

§ 12 Prüfungsarten

Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss prüfen im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch folgende Prüfungsarten:

1. Prüfung bei Überschreitung vereinbarter Richtgrößen gemäß § 106 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Auffälligkeitsprüfung) - § 13
2. Prüfung auf der Grundlage von Stichproben gemäß § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V (Zufälligkeitsprüfung) - § 14
3. Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten - § 15
4. Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten - § 16
5. Prüfungen der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall/“Feststellung sonstigen Schadens“ - § 17
6. Prüfungen der Wirtschaftlichkeit aus Anlass von Abrechnungsprüfungen nach § 106a SGB V - § 18.

Eine Prüfung desselben Sachverhalts nach unterschiedlichen Prüfungsarten ist ausgeschlossen.

§ 13 Prüfung bei Überschreitung vereinbarter Richtgrößen (Auffälligkeitsprüfung)

Diese Prüfungen werden gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V durchgeführt. Die Einzelheiten des Verfahrens sind in **Anlage 1** geregelt.

§ 14 Prüfung auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfungen)

Diese Prüfungen werden gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V i.V.m. der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbänden der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106 Abs. 2b SGB V durchgeführt. Die Richtlinie ist Inhalt dieser Vereinbarung.

Die Vertragspartner werden die erforderlichen Einzelheiten des Verfahrens in **Anlage 2** regeln.

§ 15 Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten

- (1) Kann eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt die Prüfung auf Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben. Die Prüfung wird durch die Prüfungsstelle von Amts wegen gemäß den nachfolgenden Bestimmungen durchgeführt.

- (2) Für die Durchführung der Prüfung gelten die Verfahrensregeln der Richtgrößenprüfung. Prüfungsgrundlage für die Durchschnittsprüfung ist die von der Prüfungsstelle erstellte Arznei/bzw. - Heilmittelkostenstatistik, die auch bei der Richtgrößenprüfung Anwendung findet und für die Durchschnittsprüfung um Durchschnittswerte der Richtgrößengruppen ergänzt wird.
- (3) Die Prüfungsstelle erstellt aus den statistischen Unterlagen zur Verordnungsprüfung eine gesonderte Aufstellung derjenigen Praxen, deren versichertengruppengewichtete Abweichung zum Durchschnitt der Richtgrößengruppe größer als 40% ist. Für diese Praxen wird in einer Vorabprüfung ermittelt, ob die Überschreitung durch bekannte Praxisbesonderheiten oder durch bekannte kompensatorische Einsparungen erklärbar ist und deshalb von der Durchführung eines Prüfverfahrens abgesehen werden kann. Bei der Bewertung der Überschreitung ist auch die Homogenität der Arztgruppe hinsichtlich der verordneten Leistungen zu berücksichtigen.
- (4) Die Vorabprüfung wird durch die Prüfungsstelle vorgenommen. Die Ergebnisse der Vorabprüfung werden von der Prüfungsstelle als Auflistung dokumentiert. Ärzte, deren Überschreitung in der Vorabprüfung als begründet erklärt wurde, erhalten hierüber eine schriftliche Nachricht der Prüfungsstelle. Die anderen Ärzte werden von der Prüfungsstelle über die förmliche Einleitung eines Prüfverfahrens informiert. Mit der Information erhalten die Ärzte Gelegenheit zur Stellungnahme.
- (5) Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und die Festsetzung von Regressen erfolgt nach den Grundsätzen der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung.
- (6) Im Übrigen findet eine Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten nicht statt. Stellen die Vertragspartner fest, dass über die vereinbarten Richtgrößengruppen hinaus weitere Arztgruppen hinsichtlich der Verordnungskosten eine für eine statistische Prüfung hinreichende Homogenität aufweisen, werden sie für diese Arztgruppen zum nächstmöglichen Zeitpunkt Richtgrößen vereinbaren. Für den Zeitraum bis zur Wirksamkeit dieser Richtgrößen werden Prüfungen nach Durchschnittswerten nach Maßgabe der vorstehenden Bestimmungen durchgeführt.

§ 16

Prüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten

- (1) Bis zum Eintritt des ersten Prüfungszeitraumes der Prüfung auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung) nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V finden quartalsbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten statt.
- (2) Die in die Prüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten einzubeziehenden Vertragsärzte werden durch eine Stichprobe ermittelt, die insgesamt 2 vom Hundert der Vertragsärzte pro Quartal umfasst. Die Stichprobe ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen; dabei werden kleine Arztgruppen mit weniger als 50 Vertragsärzten zu einer Gruppe zusammengefasst.
- (3) Bei den durch die Stichprobe ermittelten Praxen wird eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach den Grundsätzen der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt. Insoweit ist vorrangig die Möglichkeit eines statistischen Nachweises der Unwirtschaftlichkeit mit der Folge einer pauschalen Honorarkürzung zu prüfen. Dabei erfolgt die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen vor Eingreifen honorarwirksamer Begrenzungsregelungen; eine auf dieser Grundlage ermittelte Hono-

rarkürzung ist im Verhältnis der Honorarabrechnung nach Eingreifen honorarwirksamer Begrenzungsregelungen zur Honoraranforderung zu quotieren. Im Übrigen gelten die Grundsätze der sog. eingeschränkten Einzelfallprüfung, gegebenenfalls mit Hochrechnung.

- (4) Zunächst erfolgt eine Vorabprüfung dahingehend, ob bei den Honoraranforderungen der ermittelten Praxen statistisch aussagekräftige Überschreitungen des Fachgruppenschnittes vorliegen und ob derartige Überschreitungen durch bekannte Praxisbesonderheiten oder bekannte kompensatorische Einsparungen erklärbar sind. Bei der Bewertung der Überschreitungen ist die Homogenität der Arztgruppe hinsichtlich der abgerechneten Leistungen zu berücksichtigen.
- (5) Die Vorabprüfung wird durch die Prüfungsstelle vorgenommen. Die Ergebnisse der Vorabprüfung werden von der Prüfungsstelle als Auflistung dokumentiert. Ärzte, deren Überschreitung in der Vorabprüfung als begründet erklärt wurde, erhalten hierüber eine schriftliche Nachricht der Geschäftsstelle. Die anderen Ärzte werden von der Prüfungsstelle über die förmliche Einleitung eines Prüfverfahrens informiert. Mit der Information erhalten die Ärzte Gelegenheit zur Stellungnahme.

§ 17

Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter oder veranlasster Leistungen auf Antrag / „Feststellung sonstigen Schadens“

- (1) Auf Antrag der KVH, einer Krankenkasse oder ihres Verbandes prüft die Prüfungsstelle auch für einzelne Behandlungsfälle oder für einzelne Verordnungen
 - die Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen,
 - die Veranlassung von Überweisungen, Krankenseinweisungen, Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstiger veranlasster Leistungen,
 - die Zulässigkeit von Verordnungen,
 - die schuldhafte Verletzung sonstiger vertragsärztlicher Pflichten, soweit durch die Verletzung gleichzeitig das Wirtschaftlichkeitsgebot berührt ist.
- (2) Dieses Verfahren beinhaltet auch die „Feststellung sonstigen Schadens“ gemäß § 48 Abs. 1 BMVÄ / § 44 Abs. 1 EKV. Es gilt nicht
 - für ärztliche Behandlungsfehler, für die dem Versicherten oder seiner Krankenkasse ein zivilrechtlicher Schadensersatzanspruch zusteht,
 - für den Schaden aufgrund fälschlicher Angabe des zuständigen Kostenträgers (§ 48 Abs. 3 BMVÄ / § 44 Abs. 4 EKV) sowie
 - für sonstige Schadensersatzansprüche der Krankenkassen, für die das Schlichtungsverfahren gilt (§ 49 BMVÄ / § 45 EKV).
- (3) Der Antrag muss der Prüfungsstelle innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Abschluss des Behandlungs- bzw. Ordnungsquartals vorliegen. Er ist nur zulässig, wenn die (Netto-) Kosten der beanstandeten Mittel oder Leistungen je Praxis und Quartal die Bagatellgrenze in Höhe von 50,00 Euro übersteigen. Der Antrag ist substantiiert zu begründen. Ihm sind alle zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Er hat auch Angaben zur Schadenshöhe zu enthalten. Die Prüfungsstelle ist berechtigt, einen Antrag wegen Begründungsmangels zurückzuweisen.
- (4) Sind bei einem von einer Krankenkasse oder ihrem Verband gestellten Antrag zur Prüfung der Beanstandungen die versichertenbezogenen Abrechnungsdaten, insbesondere die vom Vertragsarzt angegebene Diagnose, erforderlich, übermittelt die Krankenkasse mit der Antragsbegründung für die benannten Fälle auch die Daten des § 295 Abs. 2 SGB V. Handelt es sich um einen von der KVH gestellten Antrag, übermittelt diese die erforderlichen versichertenbezogenen Abrechnungsdaten.

- (5) Bei der Beanstandung von Verordnungen sind dem Antrag die Rezeptimages auf Datenträger oder als Ausdruck beizufügen. Werden von einer Krankenkasse standardisierte Anträge mit gleichgelagerten Prüfungssachverhalten gestellt, ist den Anträgen zusätzlich ein Datenträger mit den für die Prüfung erforderlichen Angaben in Listenform beizufügen. Die näheren technischen Einzelheiten zum Verfahren sind mit der Prüfungsstelle abzustimmen.
- (6) Der Antrag ist dem Vertragsarzt bekannt zu geben. Er erhält Gelegenheit zur Stellungnahme.
- (7) Stellt die Prüfungsstelle fest, dass die Beanstandungen berechtigt sind und der Vorrang der Beratung nicht eingreift, beschließt sie einen Regress in Höhe der tatsächlich entstandenen oder der geschätzten Kosten. Soweit der Regress die Bagatellgrenze nach Absatz 3 nicht übersteigen würde, erfolgt eine schriftliche Beanstandung.

§ 18

Prüfungen der Wirtschaftlichkeit aus Anlass von Abrechnungsprüfungen nach § 106a SGB V

- (1) Auf einen gemäß § 106a Abs. 4 SGB V durch die KVH, eine Krankenkasse oder ihren Verband gestellten Antrag prüft die Prüfungsstelle die Wirtschaftlichkeit abgerechneter ärztlicher Leistungen. Hierfür gelten die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 106a Abs. 6 SGB V sowie die zwischen den Vertragspartnern nach § 106a Abs. 5 SGB V geschlossene Vereinbarung, soweit dort Bestimmungen über das Verfahren zu den Anträgen an die Prüfungsstelle im Nachgang zu den Abrechnungsprüfungen des § 106a SGB V enthalten sind. Darüber hinaus gelten die nachstehenden Bestimmungen.
- (2) Die Prüfungsstelle ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen. Sie ist an den Antrag nicht gebunden. Es besteht ein Beurteilungsspielraum zur Anwendung einer sachgerechten Nachweismethode der Unwirtschaftlichkeit. Insoweit ist vorrangig die Möglichkeit eines statistischen Nachweises der Unwirtschaftlichkeit nach den Grundsätzen der Prüfung nach Durchschnittswerten mit der Folge einer pauschalen Honorarkürzung zu prüfen. Dabei erfolgt die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen vor Eingreifen honorarwirksamer Begrenzungsregelungen; eine auf dieser Grundlage ermittelte Honorarkürzung ist im Verhältnis der Honorarabrechnung nach Eingreifen honorarwirksamer Begrenzungsregelungen zur Honoraranforderung zu quotieren. Prüfungsgrundlagen sind hierfür die für Honorarprüfungen von der Prüfungsstelle erstellten statistischen Unterlagen. Im Übrigen gelten die Grundsätze der sog. eingeschränkten Einzelfallprüfung, gegebenenfalls mit Hochrechnung.
- (3) Stellt die Prüfungsstelle fest, dass Unwirtschaftlichkeiten bei der Abrechnung ärztlicher Leistungen bestehen und dass der Vorrang der Beratung nicht eingreift, beschließt sie in den Fällen des Abs. 2 Satz 3 eine pauschale Honorarkürzung, ansonsten eine Honorarkürzung in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Soweit die Honorarkürzung die Bagatellgrenze des § 17 Abs. 3 nicht übersteigen würde, erfolgt eine schriftliche Beanstandung.

Abschnitt 4

Besondere Aufgaben der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses

§ 19

Feststellung von Regressansprüchen aufgrund gesamtvertraglicher Regelungen

- (1) Der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss obliegt auch die Feststellung von Regressansprüchen der Krankenkassen gegenüber einzelnen Ärzten aufgrund der Verfehlung von Versorgungszielen nach dem besonderen Teil der Zielvereinbarungen der Arznei- und Heilmittelvereinbarung gemäß gesamtvertraglicher Regelungen. Diese Aufgabe umfasst die Feststellung der Ansprüche dem Grunde und der Höhe nach in der Regel im Wege einer Jahresprüfung, es sei denn, für einzelne Verordnungsziele werden im Rahmen der Arznei- und Heilmittelvereinbarung andere Geltungszeiträume festgelegt.
- (2) Die Voraussetzungen der Ansprüche sind abschließend in den Gesamtverträgen geregelt. Die Mitteilung über die tatsächlich festgestellten Ausgabenvolumina für Arznei- und Heilmittel gemäß § 84 Abs. 5 SGB V wird der Prüfungsstelle nach Eingang unverzüglich von den Vertragspartnern übermittelt. Soweit die Vertragspartner hinsichtlich der Ursachen von Ausgabenvolumenüberschreitungen verbindliche Feststellungen treffen, werden auch diese der Prüfungsstelle unverzüglich mitgeteilt. Die Prüfungsstelle wird unmittelbar nach Mitteilung der Überschreibungsbeträge der Ausgabenvolumina für Arznei-, Verband- und Heilmittel tätig. Für das Verfahren gilt im übrigen das Amtsprinzip. Die Regelungen dieser Vereinbarung einschließlich der Anlagen zu dieser Vereinbarung finden entsprechende Anwendung, soweit in den Gesamtverträgen oder dieser Vereinbarung inhaltlich nichts abweichendes bestimmt ist. § 10 Absatz 1 der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung wird sinngemäß auch auf durch Zielverfehlungen resultierenden potenzielle Regresssummen nach Abs. 3 aufgrund gesamtvertraglicher Regelungen angewandt; dies gilt auch im Rahmen von Durchschnittsprüfungen nach § 15. Soweit einzelne Verordnungen Gegenstand von Prüfverfahren nach § 17 sind, werden die der Prüfung gesamtvertraglicher Ansprüche wegen Zielverfehlung zugrunde liegenden Datenbestände arztindividuell um diese Verordnungen bereinigt.
- (3) Zur Durchführung der Verfahren werden die Daten für die Richtgrößenprüfung herangezogen. Wenn die generellen Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind, bereitet die Prüfungsstelle diese Daten nach den arztindividuellen Ausgaben in den einzelnen Zielfeldern auf und führt in den Fällen der Zielverfehlungen die Anspruchsprüfung durch. Eine gesonderte Vorabprüfung findet in diesen Fällen nicht statt.
Die betroffenen Vertragsärzte werden von der Prüfungsstelle über die Einleitung des Verfahrens informiert und erhalten dabei Gelegenheit zur Stellungnahme.
- (4) Die Ergebnisse der Verfahren werden dem Vertragsarzt und den die anspruchsberechtigten Krankenkassen vertretenden Verbänden der Krankenkassen durch einen mit Rechtsbehelf versehenen Bescheid übermittelt.
- (5) Die Prüfungsstelle übermittelt den Vertragspartnern die Ergebnisse der Verfahren nach dieser Vorschrift schriftlich für den jeweiligen Verordnungszeitraum (Kalenderjahr).
- (6) Die Prüfung gesamtvertraglicher Ansprüche findet in den Fällen statt, in denen beide nachfolgend beschriebenen Grenzwerte je Zielfeld überschritten werden. Dazu werden je Zielfeld variable Grenzwerte für die Summen der verordneten DDD und die durchschnittlichen DDD je Packung gebildet. Es werden die verordneten DDD und die durchschnittlichen DDD je Packung arzt- und zielfeldbezogen ermittelt (Grundgröße ist in beiden Fällen die Summe der Verordnungen aller Vertragsärzte im jeweiligen Zielfeld; unabhängig vom Zielerreichungsgrad). Diese Werte werden je Zielfeld jeweils um die Arztdaten mit 5% der höchsten und 5% der niedrigsten Werte statistisch bereinigt. Aus den sich jeweils ergebenden Werten für ver-

ordnete DDD und DDD je Packung werden Mittelwerte gebildet. Diese Mittelwerte werden um 10% abgesenkt und bilden dann die Grenzwerte für die zu prüfenden Fälle.

- (7) Weiter findet die Prüfung gesamtvertraglicher Ansprüche nur in Fällen statt, in denen hinsichtlich der Regressbeträge je Arzt die Bagatellgrenze nach § 51 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 47 Arzt-Ersatzkassen-Vertrag überschritten wird.

§ 20

Sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs

- (1) Der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss obliegt gemäß den Bestimmungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung auch die sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs. Die Berichtigungsverfahren werden auf Antrag der BEK durchgeführt. § 7 findet auf das Verfahren der sachlichen Berichtigung keine Anwendung, im übrigen gelten die §§ 8 ff des Abschnittes 2, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen vereinbart sind.
- (2) Der Antrag muss der Prüfungsstelle innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Abschluss des Ausstellungsquartals der Verordnung vorliegen. Er ist nur zulässig, wenn die (Netto-) Kosten der beanstandeten Mittel je Quartal die Bagatellgrenze von 50,00 Euro übersteigen. Der Antrag ist zu begründen. Die Verordnungsunterlagen sind dem Antrag beizufügen.
- (3) Die Berichtigungsanträge sind grundsätzlich je Quartal für alle Vertragsärzte als Sammelantrag unter Beifügung eines Datenträgers zu stellen, der die zur Prüfung der Anträge erforderlichen Angaben in verarbeitungsfähigem Listenformat enthält. Die Einzelheiten der EDV-technischen Antragstellung sowie -bearbeitung sind zwischen der Prüfungsstelle und der BEK abzustimmen.
- (4) Stellt die Prüfungsstelle fest, dass die Beanstandungen berechtigt sind, beschließt sie einen Regress in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Soweit der Regress die Bagatellgrenze nach Absatz 2 nicht übersteigen würde, erfolgt eine schriftliche Beanstandung. Über die getroffene Entscheidung erhält der Vertragsarzt einen schriftlichen Bescheid. Die BEK und die KVH erhalten die Entscheidungen grundsätzlich auf Datenträger in Form der bearbeiteten Antragsliste. Der Vertragsarzt, die BEK und die KVH können gegen die Entscheidung Widerspruch einlegen. Dieser hat aufschiebende Wirkung.
- (5) Zwischen Vertretern der BEK, der KVH und der Prüfungsstelle findet in der Regel einmal im Quartal eine Konferenz statt, in der die Teilnehmer aktuelle Fragen der Anwendung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung erörtern. Die Erörterungen erfolgen mit dem Ziel, weitgehend inhaltlich abgestimmte Ergebnisse als Grundlage der seitens der BEK zu stellenden Berichtigungsanträge, der Kriterien für die Entscheidungen der Prüfungsstelle sowie der Beratung durch die KVH zu erhalten. Die Erörterungsergebnisse der Quartalskonferenz sind für die Beteiligten nicht bindend. Stellt die Quartalskonferenz einen durch die Bestimmungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung nicht abgedeckten Versorgungsbedarf fest, informiert sie die Vertragspartner der Sprechstundenbedarfsvereinbarung.

Abschnitt 5 Sonstiges

§ 21 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung, einschließlich der Anlagen, ganz oder teilweise nicht rechtswirksam sein oder ihre Rechtskraft später verlieren, so bleibt hierdurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung im Übrigen davon unberührt.
- (2) Anstelle der unwirksamen Regelung oder zur Auffüllung einer Lücke soll diejenige Regelung treten, die zulässig ist und den Absichten der Vertragspartner, wie sie aus der Gesamtheit der Bestimmungen dieser Vereinbarung ersichtlich sind, am meisten entspricht.
- (3) Dies gilt bereits jetzt zwischen den Vertragspartnern als vereinbart; die Vertragsschließenden sind jedoch alsdann verpflichtet, die unwirksamen Bestimmungen durch rechtlich wirksame Bestimmungen zu ersetzen, die dem Zweck der Vertragspartner am weitesten nahe kommen.

§ 22 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt in der Fassung des 4. Nachtrages am 01.01.2008 in Kraft.
- (2) Einvernehmliche Änderungen der Prüfungsvereinbarung einschließlich der Anlagen in Form von Protokollnotizen, erfordern keine Kündigung der vorliegenden Prüfungsvereinbarung.
- (3) Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden. Im Fall einer Kündigung gilt die Vereinbarung bis zum Inkrafttreten der Folgevereinbarung weiter.

Anlage 1

Prüfung bei Überschreitung vereinbarter Richtgrößen

§ 1 Grundlagen

Gegenstand der Richtgrößenprüfung ist die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 Abs. 6 u. 8 SGB V. Richtgrößenprüfungen finden getrennt für die Bereiche der Arznei- und Verbandmittel sowie der Heilmittel statt. Der Prüfungszeitraum für die Richtgrößenprüfung ist das Kalenderjahr. Die Richtgrößenprüfung kann auch für den Zeitraum eines Quartals durchgeführt werden, wenn dies die Wirksamkeit der Prüfung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erhöht und hierdurch das Prüfungsverfahren vereinfacht wird. Die Prüfungsstelle hat in solchen Fällen bei ihrer Entscheidung zu berücksichtigen, dass der mit der Jahresprüfung verbundene quartalsübergreifende Ausgleich insoweit nicht stattfindet und der Kostenvergleich mit einer jahresdurchschnittlichen Richtgröße deshalb zu einer Benachteiligung des Vertragsarztes führen kann. Die Höhe der für die Prüfung anzuwendenden arztgruppenspezifischen fallbezogenen Richtgrößen, die Arztgruppengliederung, der Fallbezug sowie die rechnerische Ermittlung der Richtgrößenvolumina ergibt sich aus den Bestimmungen der für das jeweilige Kalenderjahr abgeschlossenen Richtgrößenvereinbarung.

§ 2 Prüfungsvorbereitung

Die Prüfungsstelle erstellt aus den statistischen Unterlagen zur Verordnungsprüfung eine Aufstellung derjenigen Vertragsärzte, deren Verordnungsvolumina die Richtgrößenvolumina zwischen 15% und 25% (Beratungsprüfung) bzw. um mehr als 25% (Regressprüfung) überschreiten. Für diese Vertragsärzte wird in einer Vorabprüfung aufgrund der vorliegenden Daten und Unterlagen ermittelt, ob die Überschreitung durch Praxisbesonderheiten oder durch kompensatorische Einsparungen in vollem Umfang erklärbar ist. Die Vorabprüfung wird durch die Prüfungsstelle vorgenommen.

§ 3 Praxisbesonderheiten

- (1) Der besondere Versorgungsbedarf eines Vertragsarztes ist als Praxisbesonderheit anzuerkennen, wenn sich die Versorgungsverhältnisse dieses Vertragsarztes maßgeblich von den arztgruppentypischen durchschnittlichen Versorgungsverhältnissen derjenigen Vertragsärzte unterscheiden, für die dieselbe Richtgröße gilt, und außerdem die im Zusammenhang der Besonderheit ausgestellten Verordnungen geeignet und notwendig sind.
- (2) Die Prüfungsstelle beschließt unter Beachtung dieser Vereinbarung die Grundsätze des Verfahrens der Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Die Kosten für verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch gesetzlich bestimmte oder in den dieser Vereinbarung sowie in der Richtgrößenvereinbarung nach § 84 Abs. 6 u. 8 SGB V als vorab anerkannte Praxisbesonderheiten bedingt sind, sollen vor der Einleitung eines Prüfungsverfahrens von den Verordnungskosten des Vertragsarztes abgezogen werden; der Vertragsarzt ist hierüber zu informieren. Weitere Praxisbesonderheiten ermittelt die Prüfungsstelle auf Antrag des Arztes, auch durch Vergleich mit den Diagnosen und Verordnungen in einzelnen Anwendungsbereichen der entsprechenden Fachgruppe.

- (3) Praxisbesonderheiten können nur für Verordnungen anerkannt werden,
1. die keine Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Anwendung, für eine Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikation oder für eine Mengenausweitung geben, oder
 2. die für Indikationsgebiete erfolgen, bei denen im Hinblick auf Arznei- oder Heilmittel regelmäßig von Praxisbesonderheiten ausgegangen werden kann.

Einzelheiten hierzu werden von den Vertragspartnern in den Richtgrößenvereinbarungen geregelt.

§ 4

Vorabprüfung bei Beratungsprüfungen

- (1) Ergibt die Vorabprüfung bei Überschreitungen des Richtgrößenvolumens zwischen 15% und 25%, dass diese nicht in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet sind, erfolgt eine Beratung des Vertragsarztes nach § 106 Abs. 1a SGB V.
- (2) Die Prüfungsstelle entscheidet unter Berücksichtigung vorhandener Verordnungsauffälligkeiten über Form und Inhalt der Beratung. Sie kann
 1. eine schriftliche Standardinformation über die vom Vertragsarzt verursachten Arzneimittelausgaben unter Verwendung von PZN/ATC-Angaben in Listenform vornehmen. Form und Inhalt der Standardinformation werden durch die Prüfungsstelle festgelegt,
 2. einen individuellen schriftlichen Hinweis auf vorhandene konkrete Verordnungsauffälligkeiten erteilen,
 3. eine persönliche Beratung des Vertragsarztes durchführen. Zur Durchführung der Beratung kann die Geschäftsstelle qualifizierte Berater hinzuziehen.

§ 5

Vorabprüfung bei Regressprüfungen

In der Vorabprüfung ergeht die Entscheidung, ob bei Überschreitungen des Richtgrößenvolumens um mehr als 25% von einem weiteren Prüfverfahren abgesehen werden kann. Die Ergebnisse der Vorabprüfung werden von der Prüfungsstelle als Auflistung dokumentiert. Vertragsärzte, deren Überschreitung in der Vorabprüfung erklärt wurde, erhalten hierüber eine schriftliche Nachricht der Prüfungsstelle. Die anderen Vertragsärzte werden von der Prüfungsstelle über die förmliche Einleitung eines Prüfverfahrens informiert. Mit der Information erhalten die Vertragsärzte Gelegenheit zur Stellungnahme.

§ 6

Regressprüfung

- (1) Die Prüfungsstelle ermittelt, ob und in welchem Umfang die Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25% durch Praxisbesonderheiten oder durch kompensatorische Einsparungen begründet ist. Im Zweifel trägt der geprüfte Vertragsarzt die Beweislast für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten oder Einsparungen.
- (2) Soweit die Prüfungsstelle feststellt, dass die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten oder Einsparungen begründet ist, hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten. Zur Berechnung des Regressbetrages sind von dem auf Brutto-Basis ermittelten Erstattungsmehraufwand Zuzahlungen der Versicherten sowie Rabatte nach §

130 a Abs. 8 SGB V auf Grund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, nach Maßgabe der Richtgrößenvereinbarung abzuziehen.

§ 7

Vereinbarung über eine Minderung des Erstattungsbetrages

Die Prüfungsstelle soll gemäß § 106 Abs. 5a Satz 4 SGB V vor ihren Entscheidungen und Festsetzungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann. In diesem Fall steht das Minderungsangebot unter der Bedingung, dass gegen den Regress kein Widerspruch eingelegt wird.

§ 8

Vereinbarung einer individuellen Richtgröße

- (1) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird abweichend von § 6 Abs. 2 nicht zur Zahlung fällig, wenn die Prüfungsstelle gemäß § 106 Abs. 5d SGB V mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Ordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung verpflichtet sich der Arzt, den sich aus einer Überschreitung der individuellen Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen ohne weiteres Prüfverfahren zu erstatten. Eine Zielvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V kann als individuelle Richtgröße vereinbart werden, soweit darin hinreichend konkrete und ausreichende Wirtschaftlichkeitsziele für einzelne Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen festgelegt sind.
- (2) Die individuelle Richtgröße wird auf der Grundlage der Ergebnisse der durchgeführten Richtgrößenprüfung als falldurchschnittlicher Betrag getrennt für die Versichertengruppen MF und R kalkuliert. Hierzu wird von den prüfrelevanten Ist-Ausgaben des Vertragsarztes im Prüfungszeitraum das Kostenvolumen der festgestellten Praxisbesonderheiten sowie der zu erstattende Mehraufwand abgezogen. Der verbleibende Betrag wird durch die prüfrelevanten Fallzahlen des Prüfungszeitraumes dividiert. Die Praxisbesonderheiten sind für die individuelle Richtgröße über die Angabe des ATC-Codes in einer Form zu definieren und vertraglich zu vereinbaren, die nach Abschluss der Vereinbarungslaufzeit eine eindeutige Prüfung der Einhaltung der individuellen Richtgröße auch dann gewährleistet, wenn sich innerhalb der anerkannten Praxisbesonderheiten die konkret benötigten Arzneimittel bzw. deren Kosten geändert haben. Die Prüfungsstelle kann bei der Kalkulation der individuellen Richtgrößen sachverständige Hinweise auch einzelner Vertragspartner beziehen.
- (3) Für die Berechnung der individuellen Richtgröße sind zusätzlich die zwischen dem Prüfungszeitraum und der Vereinbarungslaufzeit gem. § 84 Abs. 6 SGB V vereinbarten Anpassungsfaktoren der Richtgrößen jeweils mit Wirkung zum Beginn des Kalenderjahres zu berücksichtigen. Weiter ist bei der Berechnung zu berücksichtigen wenn sich durch eine Änderung der Verhältnisse zwischen dem Prüfungszeitraum und der Vereinbarungslaufzeit, die nicht bereits durch die Anpassungsfaktoren gem. § 84 Abs. 6 SGB V abgedeckt ist, der erforderliche Versorgungsbedarf des Vertragsarztes maßgeblich geändert hat. Dem Vertragsarzt ist insoweit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- (4) Sofern während der Vereinbarungslaufzeit bei dem Vertragsarzt maßgebliche neue Praxisbesonderheiten auftreten oder sich der erforderliche Versorgungsbedarf maßgeblich ändert, kann von dem Vertragsarzt ein Antrag an die Prüfungsstelle auf Anpassung der individuellen Richtgröße gestellt werden. Der Antrag ist substantiiert unter Angabe des aus Sicht des Vertragsarztes erforderlichen Anpassungsbetrages zu begründen. Sind aufgrund der Änderungen in der fortbestehenden Vertragsarztpraxis auf diese anderweitige Richtgrößen

anzuwenden, wird eine entsprechende Anpassung der individuellen Richtgröße auf Antrag des Arztes mit Wirkung ab dem Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse vorgenommen.

- (5) Die individuelle Richtgröße ist für einen Zeitraum von vier Quartalen beginnend ab dem Quartal nach dem Vereinbarungszeitpunkt zu vereinbaren. Entstehen hierdurch anteilige Kalenderjahreszeiträume vor oder nach der Vereinbarungslaufzeit, gilt für die Richtgrößenprüfung dieser Quartale § 9 Abs. 1 der Anlage 1. Für den der Vereinbarungslaufzeit nachfolgenden Zeitraum kann die Prüfungsstelle unter Überprüfung der individuellen Richtgröße eine Verlängerung der Vereinbarung anbieten.
- (6) Die Prüfung der Einhaltung der individuellen Richtgröße wird in der Regel einheitlich für den vereinbarten Zeitraum von vier Quartalen durchgeführt. Davon abweichende Prüfintervalle sind Gegenstand der Vereinbarung mit dem Vertragsarzt. Ist in besonderen Fällen die Einhaltung der individuellen Richtgröße für einen anderen Zeitraum zu überprüfen, gilt § 9 Abs. 1 der Anlage 1 entsprechend.
- (7) Für die Ermittlung des zu erstattenden Mehraufwandes bei Überschreitung der individuellen Richtgröße gilt das Nettoprinzip nach § 6 Abs. 2 der Anlage 1 entsprechend.
- (8) Die Verteilung des zu erstattenden Mehraufwandes an die Krankenkassen wird entsprechend den Regelungen der Anlage 3 zu Regressen aus sonstigen Verwaltungsprüfungen durchgeführt.
- (9) Die Vereinbarung von individuellen Richtgrößen schließt die Durchführung anderer Prüfverfahren nicht aus. Der sich ergebende Mehraufwand bei Überschreitung der individuellen Richtgröße mindert sich gegenüber der einzelnen Krankenkasse bezüglich der von der individuellen Richtgröße erfassten Verordnungen, soweit diese in anderen Prüfverfahren Gegenstand eines bestandskräftigen Regresses sind.
Sind festgesetzte Regresse betreffend die von der individuellen Richtgröße erfassten Verordnungen noch nicht bestandskräftig, mindert sich der Regressanspruch der einzelnen Krankenkasse soweit der sich ergebende Mehraufwand wegen Überschreitung der individuellen Richtgröße beigetrieben worden ist.

§ 9

Veränderungen beim Vertragsarzt im oder nach dem Prüfungszeitraum

- (1) Hat ein Vertragsarzt nicht während des gesamten regelmäßigen Prüfungszeitraumes an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen, beschränkt sich für diesen Vertragsarzt die Richtgrößenprüfung auf den Zeitraum der Teilnahme. Die Prüfungsstelle hat in solchen Fällen bei ihrer Entscheidung zu berücksichtigen, dass der mit der Jahresprüfung verbundene quartalsübergreifende Ausgleich insoweit nicht stattfindet und der Kostenvergleich mit einer jahresdurchschnittlichen Richtgröße deshalb zu einer Benachteiligung des Vertragsarztes führen kann.
- (2) Findet im Vier-Quartals-Zeitraum nach Vereinbarung einer individuellen Richtgröße gem. § 106 Abs. 5d SGB V eine Veränderung des Status des Vertragsarztes statt, kann die individuelle Richtgröße vom Nachfolger des Vertragsarztes übernommen bzw. von der Prüfungsstelle auf Antrag des Arztes oder seines Nachfolgers auf die neuen Verhältnisse angepasst werden. Andernfalls wird der Regress aus der Entscheidung der Prüfungsstelle unmittelbar mit der Maßgabe fällig, dass dieser rechnerisch auf vier Quartale aufgeteilt und für diejenige Anzahl der Quartale erlassen wird, in denen die Vereinbarung über die individuelle Richtgröße erfüllt wurde.

§ 10**Verhältnis der Richtgrößenprüfung zu Beanstandungen einzelner Behandlungsfälle**

- (1) Das der Richtgrößenprüfung unterliegende Ausgabenvolumen wird bei denjenigen Vertragsärzten, für die im Richtgrößenprüfungszeitraum gleichzeitig Anträge auf Prüfung einzelner Behandlungsfälle nach § 17 Prüfvereinbarung gestellt wurden, im Rahmen der Prüfungsvorbereitung nach § 2 dieser Anlage um die in den Anträgen ausgewiesenen (Brutto-) Verordnungskosten im Vorwege bereinigt. Die weitere Richtgrößenprüfung beschränkt sich auf das verbleibende Ausgabenvolumen.
- (2) Ergibt die Richtgrößenprüfung durch die Prüfungsstelle vorrangig unwirtschaftliche Verordnungssachverhalte oder unzulässige Verordnungen in einzelnen Behandlungsfällen, kann die Prüfungsstelle insoweit auch einen Verordnungsregress in Höhe des festgestellten oder geschätzten (Netto-) Aufwandes für die unwirtschaftlichen bzw. unzulässigen Verordnungen festsetzen. Der Arzt ist zu den anlässlich der Richtgrößenprüfung festgestellten Unwirtschaftlichkeiten gesondert zu hören. Die Antragsfristen nach § 17 der Prüfvereinbarung gelten in diesen Fällen nicht. Die Beweislast für die Unwirtschaftlichkeit oder die Unzulässigkeit der Verordnungen in einzelnen Behandlungsfällen trägt die Prüfungsstelle. Der Regress für einzelne Verordnungen ist nicht auf das die 25%-Grenze überschreitende Kostenvolumen beschränkt. Er steht den Krankenkassen zu, zu deren Lasten die unwirtschaftlichen bzw. unzulässigen Verordnungen ausgestellt wurden. § 106 Abs. 5 c SGB V findet insoweit keine Anwendung. Die von der pauschalen Verteilung des Richtgrößenregresses abweichende Verteilung auf einzelne Krankenkassen ist Gegenstand der Entscheidung der Prüfungsstelle über die Regressfestsetzung.

§ 11**Prüfung des Sprechstundenbedarfs**

- (1) Solange die Kosten des Sprechstundenbedarfs nicht in die Arzneimittelrichtgrößen integriert sind, wird zur Wirtschaftlichkeitsprüfung des Sprechstundenbedarfs eine Prüfung nach Durchschnittswerten gem. § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V und § 15 Prüfvereinbarung durchgeführt. Entsprechend den Regelungen zu den Richtgrößenprüfungen sind auch die Prüfungen des Sprechstundenbedarfs in der Regel für den Zeitraum eines Kalenderjahres durchzuführen, Vergleichsmaßstab für die Prüfung sind die jahresdurchschnittlichen Sprechstundenbedarfskosten der jeweiligen Richtgrößengruppe.
- (2) Werden bei einem Vertragsarzt zugleich eine Richtgrößenprüfung betreffend Arzneimittel und eine Prüfung des Sprechstundenbedarfs eingeleitet, sollen soweit möglich beide Verfahren zur einheitlichen Beurteilung des Ordnungsgeschehens zusammen durchgeführt werden. Die Entscheidungen und Regressfestsetzungen ergehen in beiden Verfahren sodann getrennt.

Anlage 2

Prüfung auf der Grundlage von Stichproben

(wird noch vereinbart)

Anlage 3

Verrechnung von Verordnungsregressen aus § 13 (Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößen) und § 15 (Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten)

1. Zur Verteilung der von den Prüfungsgremien festgesetzten Verordnungsregresse auf die einzelnen Krankenkassen ermittelt die Prüfungsstelle für die von Regressen betroffenen Vertragsärzte die jeweiligen Verordnungsvolumenanteile der Krankenkassen an den Gesamtverordnungskosten des Vertragsarztes. Der Regress wird sodann entsprechend dieser Anteile auf die Krankenkassen verteilt.
2. Die Prüfungsstelle führt einmal im Quartal eine Abrechnung der Regresse durch. Hierzu führt sie eine Tabelle, in die sie
 - fällige Regresse aus der Richtgrößenprüfung
 - Regresse aus sonstigen Verordnungsprüfungen nach einer durch die Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg durchgeführten Aufrechnung gegen Honorarforderungen des Vertragsarztes

einstellt.

3. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg setzt den jeweils auf die einzelne Krankenkasse entfallenden Betrag in der nächst erreichbaren Quartalsabrechnung unter den vorgesehenen Formblattpositionen ab.