Gemeinsame Prüfvereinbarung

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
(im Folgenden KVWL genannt)

und

der AOK NordWest
- handelnd als Landesverband - (Landesbereich West),

dem BKK-Landesverband NORDWEST (BKK LV NW),

der IKK classic
- handelnd als Landesverband -

der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- handelnd als Landesverband -

der Knappschaft (KBS) und

den Ersatzkassen:

- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **BARMER**
- **DAK-Gesundheit**
- **Kaufmännische Krankenkasse – KKH**
- **Handelskrankenkasse (hkk)**
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt –

Inhaltsübersicht:

Abschnitt I
Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Regelungsgegenstand und Anwendungsbereich
§ 2 Erweiterter Anwendungsbereich für Auftragswirtschaftlichkeitsprüfung verordneter ärztlicher Leistungen
§ 3 Beteiligte des Prüfverfahrens
§ 4 Prüfungseinrichtungen
§ 5 Prüfungsstelle
§ 6 Beschwerdeausschuss
§ 7 Rechte und Pflichten der Prüfungseinrichtungen
§ 8 Verfahren vor den Prüfungseinrichtungen
§ 9 Widerspruchsverfahren
§ 10 Niederschriften und Bescheide
§ 11 Unterlagen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung
§ 12 Prüfakte
§ 13 Geringfügigkeitsgrenzen
§ 14 Sozialgeheimnis und Geheimhaltungspflicht

Abschnitt II
Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

§ 15 Arzneimittel-Richtgrößenprüfung
§ 16 Standardisierte Praxisbesonderheiten in der Arzneimittel-Richtgrößenprüfung
§ 17 Durchführung der Arzneimittel-Richtgrößenprüfung
§ 18 Individuelle Beratung bei erstmaliger Auffälligkeit
§ 19 Ergänzende Regelungen zur Richtgrößenprüfung
§ 20 Heilmittel-Richtgrößenprüfung
§ 21 Ersatzweise Durchschnittswertprüfung
§ 22 Wirtschaftlichkeitsprüfung sonstiger ärztlich verordneter Leistungen
§ 23 Prüfung im Einzelfall
§ 24 Durchschnittswertprüfung des Sprechstundenbedarfs
§ 25 Prüfung eines sonstigen Schadens

Abschnitt III
Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

§ 26 Prüfung ärztlicher Leistungen im Einzelfall nach § 106a SGB V
§ 27 Prüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten

Abschnitt IV
Schlussbestimmungen

§ 28 Kündigung
§ 29 Salvatorische Klausel
§ 30 In-Kraft-Treten

Anhang 1: Daten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung
Anhang 2: Grundsätze der Prüfung für besondere Berufsausübungsformen der vertragsärztlichen Versorgung
Anhang 3: Grundsätze des Verfahrens der Anerkennung von Praxisbesonderheiten
A. „Arzneimittel“
B. „Heilmittel“
Anhang 4: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen
Anhang 5: Zuordnung zu den Vergleichsgruppen
Anhang 6: Beispiel eines Einzelfallantrags (für Einzelfallprüfungen wegen unzulässiger Arzneimittelverordnungen)

Abschnitt I
Allgemeine Bestimmungen

§ 1
Regelungsgegenstand und Anwendungsbereich

(1) Die Prüfvereinbarung regelt – gemeinsam und einheitlich für den Bereich der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen – auf der Grundlage von §§ 106, 106a, 106b und 106c SGB V den Inhalt und die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen der in Westfalen-Lippe an der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden zugelassenen bzw. angestellten Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren[1]. Sie gilt nach § 106 Abs. 5 SGB V auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen.

(2) Die Rahmenempfehlungen nach § 106a Abs. 3 SGB V (im Folgenden: RV § 106a SGB V) und § 106b Abs. 2 SGB V (im Folgenden: RV § 106b SGB V) in der jeweils aktuellen Fassung sind verbindlicher Bestandteil dieser Prüfvereinbarung, soweit die Vertragspartner im Rahmen einer von den Rahmenempfehlungen eröffneten Abweichungs-/Konkretisierungsbefugnis nachfolgend nichts Abweichendes bzw. Ergänzendes geregelt haben.

(3) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung von KV-übergreifender vertragsärztlicher Tätigkeit gilt ergänzend die Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V über die „Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei einer den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung übergreifenden Berufsausübung“ in der jeweils aktuellen Fassung.

(4) Die Anhänge1-5 enthalten verbindliche Ergänzungen zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

(5) Arztbezogene Prüfungen im Sinne dieser Vereinbarung betreffen alle betriebs- und nebenbetriebsstättenbezogenen ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen.

§ 2
Erweiterter Anwendungsbereich für Auftragswirtschaftlichkeitsprüfung verordneter ärztlicher Leistungen

(1) Für die Versorgungsbereiche innerhalb und außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, für die die Krankenkassen gesetzlich selbst die Prüfung der wirtschaftlichen Verordnungsweise gewährleisten müssen, sind die Prüfungseinrichtungen durch die Krankenkassen auf der Grundlage von §§ 106 Abs. 1 S. 3, 113 Abs. 4 SGB V, § 2 Abs. 4-7 der RV § 106b SGB V mit der Durchführung der diese Versorgungsbereiche betreffenden Wirtschaftlichkeitsprüfung unter entsprechender Anwendung dieser Prüfvereinbarung beauftragt, soweit die Krankenkassen nichts Abweichendes hinsichtlich Art, Umfang und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit den Vertragspartnern/Leistungserbringern dieser Bereiche vereinbart haben.

(2) Von der Beauftragung nach Abs. 1 ist die Verordnungsweise in folgenden Versorgungsbereichen erfasst:

- Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V
- Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V
- Medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V
- Verordnungen im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V
- Verträge nach §§ 73b und 140a SGB V (Selektivverträge)
- Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a S. 5 SGB V
- Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Abs. 1a SGB V

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Vereinbarung der Begriff „Arzt“ einheitlich in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnung umfasst jedoch jeweils Personen jedweden Geschlechts und Berufsbezeichnung gleichermaßen.

(3) Die Krankenkassen liefern den Prüfungseinrichtungen die für die Prüfungen nach Abs. 2 erforderlichen Daten. Die KVWL übermittelt der Prüfungsstelle die Behandlungsfallzahlen und die Vergleichsgruppenzuordnung der einzelnen Vertragsärzte.

(4) Für die Beauftragung entrichten die Krankenkassen einen Kosten-/Aufwendungsersatz nach Maßgabe einer zwischen den Vertragspartnern dieser Prüfvereinbarung zu schließenden gesonderten Vereinbarung.

§ 3
Beteiligte des Prüfverfahrens

Verfahrensbeteiligte sind der geprüfte Arzt, die KVWL, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Westfalen-Lippe und die Krankenkassen, für deren Versicherte der zu prüfende Arzt Leistungen abgerechnet und verordnet hat.

§ 4
Prüfungseinrichtungen

(1) Die Prüfungen nach den Abschnitten II und III werden von einer gemeinsamen Prüfungsstelle und einem gemeinsamen Beschwerdeausschuss durchgeführt. Diese nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr.

(2) Die Prüfungseinrichtungen entscheiden bei festgestellten Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot über folgende Maßnahmen:

a) Beratung
b) Individuelle Beratung (bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen einer statistischen Prüfung als Ersatz für eine Nachforderung)
c) Nachforderung / Regress
d) Honorarkürzung

§ 5
Prüfungsstelle

(1) Die Prüfungsstelle hat ihren Sitz in Dortmund bei der KVWL. Über den Leiter der Prüfungsstelle einigen sich die KVWL und die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Auf Vorschlag des Leiters der Prüfungsstelle verständigen sie sich jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr über die persönliche, sachliche und finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle.

(2) Die Prüfungsstelle bereitet die für die Prüfungen erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und entscheidet, ob der Arzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Die Prüfungsstelle führt die als Maßnahme festgesetzte individuelle Beratung des Arztes durch.

(3) Zu den Aufgaben der Prüfungsstelle gehört es außerdem, die Prüfakten zu führen sowie ein laufendes Verzeichnis über die eröffneten Prüfverfahren, den Verfahrensgegenstand, Widersprüche, Klageverfahren und deren Ergebnisse zu erstellen.

(4) Die Prüfungsstelle unterstützt den Beschwerdeausschuss organisatorisch bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte. Hierzu gehört

- im Auftrag des Vorsitzenden mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu den Sitzungen des Beschwerdeausschusses zu laden,
- die für das Verfahren wesentlichen Informationen zusammenzustellen,
- das Protokoll der Sitzungen zu führen,
- die Entwürfe der Niederschriften und Entwürfe der Bescheide zu erstellen,
- Stellungnahmen zu Verfahren, Niederschriften und Bescheiden sowie die Sitzungsprotokolle zu versenden.

§ 6
Beschwerdeausschuss

(1) Der Beschwerdeausschuss entscheidet als Widerspruchsstelle. Er ist mit jeweils vier Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen oder ihrer Verbände sowie einem unparteiischen Vorsitzenden besetzt. Beschlussfähigkeit ist gegeben, wenn neben dem Vorsitzenden bzw. seinem Stellvertreter mindestens je zwei Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen oder ihrer Verbände anwesend sind. Dabei muss die Parität gewahrt sein. Beschlüsse werden mit Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden.

(2) Um eine zeitnahe Bearbeitung der Prüfverfahren zu gewährleisten, wird eine zusätzliche Kammer für den Beschwerdeausschuss eingerichtet, die wie der Beschwerdeausschuss besetzt ist. Diese wird eingesetzt, wenn die zur Prüfung anstehenden Prüfverfahren nicht mehr von dem Beschwerdeausschuss bearbeitet werden können. Die Zuständigkeit der Kammer ergibt sich aus dem Geschäftsverteilungsplan. Den Vorsitz bei Entscheidungen durch die Kammer führt stets der unparteiische Vorsitzende oder sein Stellvertreter.

(3) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses und der zusätzlich eingerichteten Kammer vertreten einander. Die Vertretungsgrundsätze ergeben sich aus dem von dem Ausschuss aufzustellenden Geschäftsverteilungsplan.

(4) Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. Die entsendende Einrichtung kann ihre Vertreter abberufen.

§ 7
Rechte und Pflichten der Prüfungseinrichtung

(1) Die Rechte und Pflichten der Prüfungseinrichtungen ergeben sich aus § 106c SGB V und der WiPrüfVO.

(2) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sind den sie entsendenden Organisationen fachlich nicht weisungsgebunden.

(3) Über das Verfahren, die Beratung und Abstimmung haben die Ausschussmitglieder auch nach Beendigung ihres Amtes Stillschweigen zu bewahren. Die Schweigepflicht gilt nicht gegenüber den entsendenden Einrichtungen.

(4) Für Ausschluss und Befangenheit gelten die §§ 16 und 17 SGB X. Bei der Beratung und Beschlussfassung hierüber wirkt das betreffende Mitglied nicht mit. Bei Anträgen gegen mehrere Ausschussmitglieder ist jeweils gesondert zu verhandeln und zu entscheiden.

§ 8
Verfahren vor den Prüfungseinrichtungen

(1) Das Verfahren vor den Prüfungseinrichtungen ist schriftlich.

(2) Der Beschwerdeausschuss entscheidet in einer nicht öffentlichen Sitzung. Die Anwesenheit der Protokollführung und von den Prüfungseinrichtungen hinzugezogener Personen ist gestattet. Beratung und Abstimmung sind geheim.

(3) Der Beschwerdeausschuss kann die persönliche Anhörung des Arztes beschließen. Eine Vertretung in der persönlichen Anhörung ist nicht zulässig. Der Arzt kann einen Rechtsanwalt/Berater hinzuziehen.

(4) Der Arzt kann seine persönliche Anhörung vor dem Beschwerdeausschuss beantragen, um seinen schriftlichen Vortrag mündlich zu ergänzen. Die Redezeit soll höchstens 15 Minuten betragen. Sie kann vom unparteiischen Vorsitzenden zu Beginn der Sitzung verlängert werden, wenn Gründe hierfür vorgetragen oder erkennbar sind. Der Antrag auf persönliche Anhörung kann abgelehnt werden, wenn erkennbar ist, dass diese für die Entscheidung nicht erheblich ist, weil z. B. der Vortrag aus vorangegangenen Verfahren bekannt oder die schriftliche Stellungnahme ausreichend

ist. Diese Entscheidung ist durch den unparteiischen Vorsitzenden vor der Sitzung herbeizuführen und dem Arzt mitzuteilen. Sie ist nicht selbstständig anfechtbar und im Beschluss zu begründen.

(5) Der Beschwerdeausschuss beschließt in Sitzungen. Sitzungen sind als Präsenzsitzungen bei persönlicher Anwesenheit aller Sitzungsteilnehmer im Sitzungszimmer durchzuführen. Die Sitzung kann optional auch als

1) Videokonferenz, an der nur mittels Videotechnik zugeschaltete Personen teilnehmen oder
2) kombinierte Präsenz- und Videositzung, an der sowohl Personen im Sitzungszimmer als auch mittels Videotechnik zugeschaltete Personen teilnehmen,

durchgeführt werden.

Über die Durchführung der Sitzung mittels Videotechnik entscheidet die Geschäftsstelle im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses. Wird eine Sitzung mittels Videotechnik durchgeführt, so ist sie über die gesamte Sitzungsdauer zeitgleich in Bild und Ton an alle Orte, an denen sich die Mitglieder des Beschwerdeausschusses und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle aufhalten, zu übertragen. Es ist sicherzustellen, dass Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können.

(6) Stellen die Prüfungseinrichtungen sachliche oder rechnerische Fehler der Abrechnung (falsche Gebührennummer, fachfremde Leistungen, nicht vollständige Leistungserbringung) in erheblichem Umfang fest, geben sie die Abrechnung zur Prüfung an die KVWL zurück. Das Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren wird für die Zeit dieser Prüfung ausgesetzt. Geringfügige Korrekturen können die Prüfungseinrichtungen selbst vornehmen.

(7) Die Prüfungseinrichtungen informieren die Vertragspartner, wenn der Arzt sein unwirtschaftliches Verhalten trotz der gegen ihn ergriffenen Maßnahmen nicht ändert.

(8) Ergeben sich bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit Hinweise auf andere Pflichtverletzungen, informieren die Prüfungseinrichtungen die Vertragspartner.

(9) Die Prüfungseinrichtungen sollen bei ihren Entscheidungen die Ergebnisse vorangegangener Verfahren berücksichtigen.

§ 9
Widerspruchsverfahren

(1) Gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle können die Beteiligten, soweit sie beschwert sind, innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Prüfbescheides schriftlich oder zur Niederschrift bei der Prüfungsstelle Widerspruch einlegen. Der Widerspruch soll begründet werden.

(2) Der Beschwerdeausschuss fordert zur Vorbereitung seiner Entscheidung die Beteiligten zur Stellungnahme auf. Der Sachverhalt wird in der Sitzung mündlich vorgetragen.

(3) Ein Vorverfahren findet nicht statt in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind.

(4) Im sozialgerichtlichen Verfahren kann sich der Beschwerdeausschuss durch den amtierenden Vorsitzenden vertreten lassen oder Dritten Vollmacht erteilen.

(5) Nachforderungen werden nach Abschluss des Widerspruchsverfahrens realisiert.

§ 10
Niederschriften und Bescheide

(1) Über die Sitzung des Beschwerdeausschusses fertigt die Prüfungsstelle eine Niederschrift an. Sie hat die Namen der Teilnehmer, die in der Sitzung gestellten Anträge und den mündlich verkündeten Beschluss wiederzugeben. Die Niederschrift ist vom unparteiischen Vorsitzenden zu unterzeichnen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und der KVWL zu übersenden.

(2) Der Bescheid der Prüfungseinrichtungen hat zu enthalten:

a) die Bezeichnung der Prüfungseinrichtung,
b) die an der Beschlussfassung beteiligten Mitglieder,
c) den Tag der Beschlussfassung,
d) die beschlossenen Maßnahmen und
e) die dem Beschluss zu Grunde liegenden Statistiken.

Der Bescheid ist mit Gründen und einer Belehrung über den zulässigen Rechtsbehelf zu versehen und vom Leiter der Prüfungsstelle bzw. dem unparteiischen Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses zu unterzeichnen.

(3) Der Bescheid wird den Beteiligten bekannt gegeben. Die Bekanntgabe gegenüber den Verbänden der Krankenkassen wirkt auch gegenüber den einzelnen beteiligten Krankenkassen.

(4) Die Niederschriften und die Bescheide sind nach Bestandskraft sechs Jahre aufzubewahren.

§ 11
Unterlagen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Vertragspartner stellen den Prüfungseinrichtungen die für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen notwendigen Unterlagen und Daten zur Verfügung.

(2) Für eine Prüfung der Verordnungsweise der Arznei-, Verband- und Heilmittel, insbesondere nach Durchschnittswerten, werden – bei Bedarf – die Rezepte bzw. die Verordnungen als Kopie, Rezeptimage oder digital wie z. B. in Form eines E-Rezeptes vorgelegt.

§ 12
Prüfakte

(1) Die Prüfungsstelle führt für jeden geprüften Arzt eine Prüfakte.

(2) Die Prüfakte enthält die zu jedem Prüfverfahren vorliegenden Unterlagen und Schriftsätze, die Bescheide der Prüfungseinrichtungen sowie etwaige erhebliche Unterlagen aus Sozialgerichtsverfahren. Die Beteiligten können die Prüfakte einsehen.

(3) Die Prüfakte ist zu den Sitzungen des Beschwerdeausschusses hinzuzuziehen.

§ 13
Geringfügigkeitsgrenzen

(1) Für die Einleitung von Verfahren der statistischen Prüfung der Wirtschaftlichkeit von ärztlich verordneten Leistungen gilt eine Geringfügigkeitsgrenze von 150 € je Quartal, bzw. von 600 € pro Kalenderjahr.

(2) Anträge auf Einzelfallprüfung wegen Unwirtschaftlichkeit/Unzulässigkeit von ärztlichen verordneten Leistungen sind nur zulässig, wenn der Antragsgegenstand bei

- Arzneimitteln bzw. Heilmitteln 65 € je Quartal/Arzt/Krankenkasse,
- Sprechstundenbedarf 130 € je Kalenderjahr/Arzt/Krankenkasse

überschreitet.

(3) Nachforderungsbeträge unter 65 € je Quartal werden erlassen. Stattdessen wird der Arzt beraten.

(4) Ein Verfahren der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen wird nur durchgeführt, wenn die zu erwartende Kürzung 150 € je Quartal überschreitet.

§ 14
Sozialgeheimnis und Geheimhaltungspflicht

Die Mitglieder der Prüfungseinrichtungen sowie hinzugezogene Dritte sind verpflichtet, die Daten- und Geheimnisschutzbestimmungen zu beachten. Dies gilt auch für den Zeitraum nach dem Ausscheiden als Ausschussmitglied.

Abschnitt II
Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

§ 15
Arzneimittel-Richtgrößenprüfung

(1) Die Wirtschaftlichkeit verordneter Arzneimittel wird auf der Grundlage von Richtgrößen nach Abs. 2 unter entsprechender Anwendung der für diese Prüfmethode bis zum 31.12.2016 geltenden Vorgaben des SGB V geprüft, soweit nachfolgend (in §§ 16-19) nicht Abweichendes geregelt ist.

(2) Abgeleitet aus dem nach § 84 Abs. 1 SGB V vereinbarten Arzneimittelausgabenvolumen werden die Richtgrößen bis zum 15. November für das jeweils folgende Kalenderjahr zwischen den Vertragspartnern vereinbart. Die Richtgrößen werden altersgemäß gegliedert und leiten den Arzt bei seinen Entscheidungen über die Verordnungen von Leistungen nach § 31 SGB V nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

(3) Die Prüfung wird grundsätzlich für den Zeitraum eines Kalenderjahres durchgeführt.

(4) Die Prüfung wird von Amts wegen auf Basis eines Kalenderjahres für nicht mehr als 5 v. H. der Ärzte einer Vergleichsgruppe durchgeführt.

(5) Die Festsetzung einer Maßnahme muss innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, durch Bescheid der Prüfungsstelle erfolgen (§ 106 Abs. 3 S. 3 SGB V).

§ 16
Standardisierte Praxisbesonderheiten in der Arzneimittel-Richtgrößenprüfung

(1) Für die Prüfung der verordneten Arzneimittel sind Praxisbesonderheiten im Anhang 3 A. I. vereinbart. Sie sind von den Prüfungseinrichtungen ergänzend zu den bundesweit geltenden Praxisbesonderheiten nach § 130b Abs. 2 Satz 1 SGB V vor Einleitung einer Prüfung zu berücksichtigen.

Die Prüfungsstelle ermittelt für jeden nach § 17 auffälligen Arzt das Verordnungsvolumen für die vereinbarten, vorab anzuerkennenden Praxisbesonderheiten, das dem entsprechenden Wert der Fachgruppe gegenüber gestellt wird. Überschreitet dieses Verordnungsvolumen des zu prüfenden Arztes den durchschnittlichen Wert seiner Fachgruppe, wird der Differenzbetrag als Praxisbesonderheit berücksichtigt, soweit keine Unwirtschaftlichkeiten festgestellt werden. Die Summe der anzuerkennenden Praxisbesonderheiten kann nicht größer sein, als die tatsächlichen Mehrkosten für die Gesamtheit dieser Anwendungsbereiche.

(2) Die Prüfungsstelle ermittelt ferner für jeden nach § 17 auffälligen Arzt die Verordnungskosten der DMP-assoziierten Verordnungen nach Anhang 3 A. II. und berücksichtigt etwaige Mehrkosten im Vergleich zur Fachgruppe als Praxisbesonderheit, soweit keine Unwirtschaftlichkeiten festgestellt werden. Die Summe der anzuerkennenden Praxisbesonderheiten kann nicht größer sein, als die tatsächlichen Mehrkosten für die Gesamtheit dieser Anwendungsbereiche. Darüber hinaus übermittelt die KVWL der Prüfungsstelle für die Prüfung der verordneten Arzneimittel zur vereinfachten

Ermittlung chronisch kranker Patienten ein Kennzeichen für Teilnehmer an Disease Management Programmen (DMP).

(3) Die Vertragspartner empfehlen den Prüfeinrichtungen, die Mehrkosten der in Anhang 3 A. III. aufgeführten Bereiche auf Anerkennung als Praxisbesonderheit zu prüfen.

§ 17
Durchführung der Arzneimittel-Richtgrößenprüfung

(1) Die Prüfungsstelle ermittelt nach Abschluss des Kalenderjahres für jeden Arzt das individuelle Richtgrößenvolumen und erstellt die Statistiken. Das Richtgrößenvolumen des Arztes ist das Ergebnis der Multiplikation der Richtgrößen mit seinen Fallzahlen.

(2) Die Prüfungsstelle überprüft arztbezogen – auf der Basis der geprüften Daten der Krankenkassen – die Einhaltung der in der jeweiligen Arzneimittelvereinbarung nach § 84 SGB V vereinbarten Verordnungs-/Wirtschaftlichkeitsziele. Erfüllt ein Arzt diese Ziele in einem in der Arzneimittelvereinbarung für eine Prüfentlastung definierten Umfang, stellt die Prüfungsstelle die Richtgrößenprüfung in der Regel ein.

(3) Übersteigt das Verordnungsvolumen eines Arztes im Rahmen der Vorab-Prüfung in einem Kalenderjahr sein Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. (Prüfungsvolumen), findet eine Beratung statt, wenn die Prüfungsstelle aufgrund der vorliegenden Daten nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

(4) Übersteigt das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr sein Richtgrößenvolumen um mehr als 25 v. H., ist der Arzt über die Einleitung einer Richtgrößenprüfung unter Angabe der zugrunde liegenden Werte zu informieren. Darüber hinaus erhält er statistisch aufbereitete Übersichten über die in der Vorabprüfung anerkannten Praxisbesonderheiten.
Die Prüfungsstelle hat dem Arzt eine angemessene Frist zur Stellungnahme einzuräumen. Diese hat in der Regel sechs Wochen zu betragen und kann in begründeten Einzelfällen durch Antrag des Arztes von der Prüfungsstelle verlängert werden. Er kann die Berücksichtigung weiterer individueller Praxisbesonderheiten beantragen. Für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten muss der Arzt eine von der Fachgruppentypik abweichende Struktur seines Patientenklientels und die durch deren Behandlung verursachten Mehrkosten nachweisen.

(5) Verbleibt es bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 v. H., hat der Arzt nach Feststellung der Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand als Nachforderung den Krankenkassen zu erstatten, soweit der unwirtschaftliche Mehraufwand nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Abweichend davon erfolgt bei einer erstmaligen verbleibenden Überschreitung des Richtgrößenvolumens nach Abzug der standardisierten und individuellen Praxisbesonderheiten um mehr als 25 v. H. eine individuelle Beratung nach § 18.

(6) Bei der Festsetzung der Höhe der Nachforderung werden mindernd berücksichtigt:
a) Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V
b) Nacherstattungsregelungen nach § 130b SGB V
c) Zuzahlungen der Versicherten

§ 18
Individuelle Beratung bei erstmaliger Auffälligkeit

(1) Nach § 106b Abs. 2 S. 3, Halbsatz 1 SGB V ist bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen einer Richtgrößenprüfung eine individuelle Beratung der Ärztin bzw. des Arztes festzusetzen und durchzuführen.

(2) Eine erstmalige Auffälligkeit im Rahmen einer Richtgrößenprüfung liegt vor, wenn bisher:

- weder eine individuelle Beratung des Arztes nach § 106b Abs. 2 S. 3, Halbsatz 1 SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,

- noch eine „Nachforderung“ (Erstattung des Mehraufwandes im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) oder Beratung nach § 106 Abs. 5e (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist.

Eine erstmalige Auffälligkeit nach S. 1 liegt auch vor, wenn eine individuelle Beratung nach § 5 Abs. 1 Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V oder § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung), weitere Maßnahmen nach § 6 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V oder eine „Nachforderung“ nach § 106 SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) länger als fünf Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurückliegen.

(3) Eine individuelle Beratung erfolgt schriftlich durch die Prüfungsstelle auf der Grundlage der individuellen Daten des Arztes. Die schriftliche individuelle Beratung gilt mit Zustellung als erfolgt.

(4) Der von einer individuellen Beratung betroffene Arzt kann die Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung einer Nachforderung droht.

(5) Wird der Bescheid, mit dem die individuelle Beratung festgesetzt wurde, rechtskräftig aufgehoben, so gilt die individuelle Beratung als Maßnahme nach § 106b Abs. 2 S. 3 als nicht erfolgt.

(6) Weitere Maßnahmen im Rahmen einer Richtgrößenprüfung dürfen erstmals für den Prüfzeitraum erfolgen, der auf die festgesetzte individueller Beratung folgt.

§ 19
Ergänzende Regelungen zur Richtgrößenprüfung

(1) Bei neu zugelassenen Ärzten wird in den ersten beiden Prüfzeiträumen nach ihrer Zulassung keine Richtgrößenprüfung eingeleitet. Im Falle einer statistischen Auffälligkeit informiert die Prüfungsstelle die Ärzte anhand der erstellten Prüfstatistiken.

(2) Die Prüfungsstelle soll vor der Festsetzung eines Nachforderungsbetrages auf eine Vereinbarung mit dem Arzt hinwirken. Im Rahmen dieser Vereinbarung kann der Nachforderungsbetrag bis zu 1/5 gemindert werden. Der Vorschlag der Prüfungsstelle wird dem Arzt und den Krankenkassen zur Stellungnahme innerhalb von 4 Wochen übermittelt. Stimmen beide diesem Vorschlag zu, gilt die Vereinbarung als geschlossen. Die Zahlungsmodalitäten sind in der Vereinbarung festzulegen. Rechtsmittel gegen die Vereinbarung des Nachforderungsbetrages stehen den Beteiligten nicht zu.

(3) Soweit der Arzt nachweist, dass ihn die Nachforderung wirtschaftlich gefährden würde, kann die Kassenärztliche Vereinigung sie entsprechend § 76 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB IV stunden oder erlassen. Abweichend davon können die Krankenkassen ihre Rückforderung stunden oder erlassen. In diesem Fall verringert sich die nach Maßgabe der Gesamtverträge zu entrichtende Vergütung nicht.

§ 20
Heilmittel-Richtgrößenprüfung

(1) Die Wirtschaftlichkeit verordneter Heilmittel wird auf der Grundlage von Richtgrößen geprüft; die Regelungen der Arzneimittelrichtgrößenprüfung nach den §§ 15-19 gelten hierfür entsprechend, soweit nachfolgend nicht Abweichendes geregelt ist.

(2) Abgeleitet aus dem nach § 84 Abs. 1 i. V. m. Abs. 7 SGB V abgeschlossenen Heilmittelausgabenvolumen werden die Richtgrößen bis zum 15. November für das jeweils folgende Kalenderjahr zwischen den Vertragspartnern vereinbart. Die Richtgrößen werden altersgemäß gegliedert und leiten den Arzt bei seinen Entscheidungen über die Verordnungen von Leistungen nach § 32 SGB V nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

(3) Bei der Prüfung der Heilmittelkosten gelten die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband in Anhang 1 zur Anlage 2 der RV § 106b SGB V vereinbarten besonderen Verordnungsbedarfe. Diese sind vor der Einleitung eines Prüfverfahrens zu berücksichtigen. Haben die Vertragspartner weitere besondere Verordnungsbedarfe (Anlage 3B) vereinbart, sind auch diese vor der Einleitung eines Prüfverfahrens zu berücksichtigen.

§ 21
Ersatzweise Durchschnittswertprüfung

Kann die Richtgrößenprüfung nach §§ 15-20 aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen generell oder im Einzelfall nicht durchgeführt werden (z.B. Fehlen einer Vereinbarung nach § 84 SGB V, Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht während eines gesamten Kalenderjahres), erfolgt statt dessen eine Prüfung nach Durchschnittswerten nach den von der Rechtsprechung für diese Prüfmethode festgelegten Grundsätzen.

§ 22
Wirtschaftlichkeitsprüfung sonstiger ärztlich verordneter Leistungen

(1) Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der sonstigen ärztlich verordneten Leistungen

- Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 73 Abs. 2 Nr. 5)
- Verordnung von Hilfsmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7),
- Verordnung von Krankentransporten (§ 73 Abs. 2 Nr. 7),
- Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege (§ 73 Abs. 2 Nr. 8)
- Verordnung von Soziotherapie (§ 73 Abs. 2 Nr. 12)
- Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (§ 73 Abs. 2 Nr. 14)

erfolgt auf Antrag der Krankenkassen im Einzelfall nach § 23. Der Antrag ist unter Beifügung der erforderlichen Unterlagen von den Krankenkassen zu begründen.

(2) Soweit Verordnungen betroffen sind, die durch die Krankenkassen genehmigt worden sind, ist eine Prüfung des Arztes ausgeschlossen.

§ 23
Prüfung im Einzelfall

(1) Die Einzelfallprüfung ärztlich verordneter Leistungen kann von der KVWL und/oder der Krankenkasse quartalsbezogen beantragt werden. Gegenstand der Einzelfallprüfung ist – in Abhängigkeit vom gestellten Antrag – die Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistung bzw. deren Verordnungsfähigkeit.

(2) Die Einzelfallprüfung nach Abs. 1 kann von den Krankenkassen kalenderjährlich auch für verordneten Sprechstundenbedarf – insbesondere soweit gegen in der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung geregelte Verordnungsausschlüsse verstoßen wurde – beantragt werden.

(3) Die Einzelfallprüfung wird nach den von der Rechtsprechung für diese Prüfmethode entwickelten Grundsätzen durchgeführt.

(4) Für die Antragstellung und die Festsetzung einer Nachforderung sind die in § 106 Abs. 3 S. 4 und 5 SGB V geregelten Fristvorgaben einzuhalten.

(5) Um der Prüfungsstelle eine fristgerechte Durchführung der Einzelfallprüfung zu ermöglichen, hat die Krankenkasse ihrem Antrag die vollständigen prüfungsrelevanten Unterlagen (erforderliche Rezepte bzw. Verordnungen als Kopie, Rezeptimage oder digital wie z. B. in Form eines E-Rezeptes) beizufügen. Die Krankenkasse hat die Höhe der auf die beanstandete Verordnung entfallenden Zuzahlungen und die Summe der Rabatte einschließlich Nacherstattungsbeträge anzugeben. Ein Beispiel für einen Einzelfallantrag ist in Anhang 6 aufgeführt.

(6) Nachforderungen nach § 106b Abs. 1 S. 2 SGB V sind auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich verordneten Leistungen zu begrenzen, sofern das SGB V und die RV § 106b SGB V nichts anderes regeln. Für die Berücksichtigung der Kostendifferenz soll die Krankenkasse im Prüfantrag die wirtschaftliche Leistung bzw. die durchschnittlichen wirtschaftlichen Verordnungskosten benennen und begründen. Die Prüfungsstelle legt für die Berücksichtigung der Kostendifferenz die zugrunde zulegende wirtschaftliche Leistung fest.[2] Dabei ist neben den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auch der Stand der evidenzbasierten medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen.

§ 24
Durchschnittswertprüfung des Sprechstundenbedarfs

(1) Die Wirtschaftlichkeit des verordneten Sprechstundenbedarfs wird auf der Grundlage von Durchschnittswerten für ein Kalenderjahr geprüft (Durchschnittswertprüfung). Ist diese Prüfung ausnahmsweise für ein Kalenderjahr für alle Ärzte nicht möglich, kann stattdessen ein Zeitraum von vier aufeinander folgenden Quartalen geprüft werden. Wenn ein Arzt in einem Kalenderjahr weniger als vier Quartale im gleichen Status abgerechnet hat, können diese Quartale geprüft werden.

(2) Überschreitet ein Arzt den Fachgruppendurchschnittswert seiner Vergleichsgruppe um mehr als 40 v. H. und damit im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses, erfolgt eine Prüfung von Amts wegen, soweit die Überschreitung nicht durch bekannte Praxisbesonderheiten begründet ist.
Die Prüfungsstelle hat dem Arzt eine angemessene Frist zur Stellungnahme einzuräumen. Diese hat in der Regel sechs Wochen zu betragen und kann in begründeten Einzelfällen durch Antrag des Arztes von der Prüfungsstelle verlängert werden. Er kann die Berücksichtigung weiterer individueller Praxisbesonderheiten beantragen. Für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten muss der Arzt eine von der Fachgruppentypik abweichende Struktur seines Patientenklientels und die durch deren Behandlung verursachten Mehrkosten nachweisen.

(3) Verbleibt es bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnittswerts um mehr als 40 v. H. hat der Arzt nach Feststellung der Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand als Nachforderung den Krankenkassen zu erstatten, soweit der unwirtschaftliche Mehraufwand nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Abweichend davon erfolgt bei einer erstmaligen verbleibenden Überschreitung des Durchschnittswertes nach Abzug von Praxisbesonderheiten um mehr als 40 v. H. eine individuelle Beratung entsprechend der Regelung der Arzneimittelrichtgrößenprüfung nach § 18. Im Übrigen gilt § 19 entsprechend.

(4) Die Festsetzung einer Maßnahme muss entsprechend § 106 Abs. 3 S. 3 SGB V innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, durch Bescheid der Prüfungsstelle erfolgen.

§ 25
Prüfung eines sonstigen Schadens

In den Zuständigkeitsbereich der Prüfungseinrichtungen gehört auch die Feststellung eines sonstigen Schadens nach § 48 Abs. 1 BMV-Ä auf Antrag einer Krankenkasse, der dieser Krankenkasse entsteht wegen

- der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind

  oder

- der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen.

Der Antrag ist zu begründen. Dabei ist insbesondere das schuldhafte Verhalten des Arztes darzulegen.

[2] s. Protokollnotiz am Schluss

Abschnitt III
Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

§ 26
Prüfung ärztlicher Leistungen im Einzelfall nach § 106a SGB V

(1) Die Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen wird auf begründeten Antrag einer einzelnen Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der KVWL arzt-/praxisbezogen als Einzelfallprüfung unter den Voraussetzungen des § 106a SGB V i.V.m. der jeweiligen RV § 106a SGB V geprüft.

(2) Für die Antragstellung auf quartalsversetzte Einzelfallprüfung nach Abs. 1 sowie die Festsetzung einer Kürzung sind die in § 106 Abs. 3 S. 4 und 5 SGB V geregelten Fristvorgaben einzuhalten.

(3) Die Zahl der je Quartal zu prüfenden Ärzte/Praxen ist nach § 106a Abs. 4 S. 3 SGB V auf 50 begrenzt. Überschreitet die Zahl der Anträge je Quartal diese Höchstzahl, werden von diesen Anträgen nur diejenigen in der Reihenfolge des Eingangs bei der Prüfungsstelle bis zum Erreichen der Höchstzahl berücksichtigt.

(4) Ist die Leistung, die Gegenstand des Antrags nach Abs. 1 ist, bereits Gegenstand einer Prüfung nach § 27 gewesen, ist der Antrag unzulässig.

(5) Bei der Prüfung nach Abs. 1 sind die Praxisbesonderheiten nach Anhang 4 II unter den dort genannten Voraussetzungen zu berücksichtigen bzw. anzuerkennen.

§ 27
Prüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten

(1) Die Wirtschaftlichkeit der in Anhang 4 I genannten ärztlichen Leistungen wird entsprechend § 106a Abs. 4 S. 1 SGB V nach Durchschnittswerten geprüft. Die Prüfungen werden nach den von der Rechtsprechung für diese Prüfmethode entwickelten Grundsätzen durchgeführt.

(2) Die Prüfung nach Abs. 1 wird quartalsgleich von Amts wegen durchgeführt.

(3) Die Zahl der je Quartal zu prüfenden Ärzte/Praxen ist nach § 106a Abs. 4 S. 3 SGB V auf 5% der jeweiligen Fachgruppe begrenzt. Erfüllen mehr Ärzte/Praxen als die Höchstzahl nach S. 1 das für die Verfahrenseinleitung maßgebliche Auffälligkeitskriterium von Fachgruppendurchschnitt > 100%, werden die Verfahren auf diejenigen in der Reihenfolge mit der höchsten Überschreitung des Auffälligkeitskriteriums bis zum Erreichen der Höchstzahl beschränkt.

(4) Bei der Prüfung nach Abs. 1 sind die Praxisbesonderheiten nach Anhang 4 II unter den dort genannten Voraussetzungen zu berücksichtigen bzw. anzuerkennen.

(5) Eine Prüfung nach Abs. 1 ist gegenüber Ärzten und Praxen ausgeschlossen, die in einem Fachgebiet sowie in einer Region vertragsärztlich tätig sind, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat.

Abschnitt IV
Schlussbestimmungen

§ 28
Kündigung

(1) Die Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Kündigt nur ein Vertragspartner, ist die Vereinbarung auch im Verhältnis der übrigen Vertragspartner zueinander beendet.

(2) Im Fall der Kündigung nach Abs. 1 gilt diese Vereinbarung bis zum Inkrafttreten einer Folgevereinbarung weiter.

(3) Auf Antrag eines Vertragspartners kann auch ohne formelle Kündigung eine Anpassung einzelner Vertragsbestimmungen an die Erfordernisse der Praxis einvernehmlich vereinbart werden.

(4) Den Vertragspartnern steht ein Sonderkündigungsrecht zu den Regelungen der Praxisbesonderheiten in den Anhängen 3 und 4 zu. Auch insoweit gelten die Regelungen in Abs. 2 und 3.

§ 29
Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Partei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen Fällen werden die Parteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

§ 30
In-Kraft-Treten

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2022 in Kraft und gilt für Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die Prüfzeiträume ab dem 01.01.2022 zum Gegenstand haben.

(2) Für Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die vor dem 01.01.2022 liegende Prüfzeiträume betreffen, gilt die bisherige Prüfvereinbarung i. d. ab 01.01.2008 geltenden Fassung[3] , die insoweit übergangsweise bis zum Abschluss dieser Verfahren in Kraft bleibt. Einschlägige Rechtsänderungen des SGB V und der RV § 106a SGB V/RV § 106b SGB V, die die zuvor genannte Fassung nicht berücksichtigt, gehen ihr insoweit vor.

Protokollnotiz zu § 23 Abs. 6:

Zur Ermittlung der wirtschaftlichen Leistung sind die im 5. Kapitel § 6 Abs. 3 Satz 2 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses dargelegten Grundsätze zur zweckmäßigen Vergleichstherapie analog anzuwenden.

[3] i.V.m. den Ergänzungsvereinbarungen vom 01.06.2013 und 01.01.2019