

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland

Europaallee 7-9, 66113 Saarbrücken

- einerseits-

und

die AOK Rheinland-Pfalz / Saarland – Die Gesundheitskasse

Landesdirektion Saarland

Halbergstraße 1, 66121 Saarbrücken

die Knappschaft Bochum,

vertreten durch die Regionaldirektion Saarbrücken

St. Johanner Straße 46 - 48, 66111 Saarbrücken

die IKK Südwest

Berliner Promenade 1, 66111 Saarbrücken

der BKK-Landesverband Mitte

Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Heinestraße 2 - 4, 66121 Saarbrücken

die Ersatzkassen

Techniker-Krankenkasse (TK)

BARMER GEK

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V., Berlin (vdek)

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Saarland

- andererseits – schließen folgende

Vereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung (Prüfvereinbarung)

(§ 106 Abs. 1 SGB V)

Inhaltsverzeichnis

Präambel	4
Allgemeiner Teil / Geschäftsordnung:	
§ 1 Grundsatz	4-5
§ 2 Prüfung der Wirtschaftlichkeit	5-6
§ 3 Prüfungsstelle	6-7
§ 4 Beratungskommission	7
§ 5 Verfahren vor der Prüfungsstelle	7-9
§ 6 Individuelle Beratung des Vertragsarztes	9-11
§ 7 Widerspruch	11-12
§ 8 Zusammensetzung des Beschwerdeausschusses; Amtsdauer und Rechtstellung der Mitglieder	12-13
§ 9 Vorsitz, Beschlussfähigkeit	13-14
§ 10 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss	14-16
§ 11 Mitwirkungspflicht des Vertragsarztes	16
§ 12 Prüfdatei	16-17
§ 13 Einleitung von Verfahren	18
Besonderer Teil/ Prüfarten und Methoden	
§ 14 Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung	18-20
§ 15 Daten zur Wirtschaftlichkeitsprüfung	21-23
§ 16 Prüfung der Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage von Stichproben	23-24
§ 17 Arztogene Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößenvolumina (Auffälligkeitsprüfung)	24-28

§ 18	Auswahl zur Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten	28-30
§ 19	Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten	30-32
§ 20	Prüfung der vertragsärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten	32-35
§ 21	Prüfung auf Unwirtschaftlichkeit im Einzelfall	35-36
§ 22	Feststellung eines sonstigen Schadens	36-37
§ 23	Umsetzung der Prüfergebnisse	37-39
§ 24	Inkrafttreten, Kündigung, salvatorische Klausel	39-40
<u>Anlagen:</u>		
	Anlage 1 Datensatzbeschreibung KVS	41-42
	Anlage 2 A und B Datensatzbeschreibung Arzneimittel	43-44
	Anlage 3 A und B Datensatzbeschreibung Heilmittel	45-46
	Anlage 4 A und B Datensatzbeschreibung Sprechstundenbedarf	47-48
	Anlage 5 Nachforderungsberechnung zur Richtgrößenprüfung	49
	Anlage 6 Praxisbesonderheiten zur Berücksichtigung bei statistischer Auffälligkeit	50-52
	Anlage 7 Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele (noch nicht gefüllt)	53

Präambel

(1) Diese Prüfvereinbarung regelt gemäß § 106 in Verbindung mit §§ 106a, 106b und 106c SGB V die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung, die den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen soll.

(2) Nach § 106 Abs. 1 SGB V erfolgt die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Regelungen dieser Vereinbarung durch die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Saarland.

(3) Für Anträge nach § 5 Abs. 3 Satz 1 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gemäß § 106d Abs. 6 Satz 1 SGB V gelten die in dieser Prüfvereinbarung festgelegten Antragsfristen nicht.

Allgemeiner Teil

§ 1 Grundsatz

(1) Über die Einhaltung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung entscheiden die Prüfungsstelle sowie der Beschwerdeausschuss.

(2) Die Prüfvereinbarung findet Anwendung für die vertragsärztliche Tätigkeit der im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zugelassenen Ärzte, ermächtigten Ärzte, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen, medizinischen Versorgungszentren (MVZ), zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten, zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ermächtigten Psychologischen Psychotherapeuten, ermächtigten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und entsprechenden Einrichtungen auf dem psychotherapeutischen Sektor (sofern bei letzteren die Abrechnung über die KVS erfolgt), sowie zugelassenen Berufsausübungsgemeinschaften im folgenden Vertragsarzt genannt. Die Vereinbarung gilt auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen (§ 106 Abs. 5 SGB V).

(3) Ferner kann mit Beauftragung der Krankenkassen die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

- a) durch Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V
- b) durch Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- c) durch Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V
- d) durch Medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V
- e) im Rahmen des Entlassungsmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V
- f) bei Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Abs. 1a SGB V
- g) im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V
- h) durch Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung nach § 132d SGB V
- i) im Rahmen der Teilnahme an Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V (Selektivverträge)

gegen Kostenersatz übernommen werden. Die Berechnung der anfallenden Kosten erfolgt nach Maßgabe von § 9 der Geschäftsordnung. Für Prüfungen der Punkte a) bis i) finden Einzelfallprüfung und Feststellung eines sonstigen Schadens nach §§ 21 und 22 Anwendung.

(4) Beteiligte am Verfahren vor der Prüfungsstelle sowie dem Beschwerdeausschuss sind

- a) der betroffene Vertragsarzt
- b) sonstige betroffene Institutionen nach Abs. 3
- c) die betroffene(n) Krankenkasse(n) und / oder deren Verband / Verbände,
- d) die Kassenärztliche Vereinigung Saarland.

§ 2 Prüfung der Wirtschaftlichkeit

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Partner dieser Vereinbarung eine gemeinsame Prüfungsstelle sowie einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Der Beschwerdeausschuss gliedert sich in zwei Kammern. Über die gegebenenfalls notwendige Einrichtung zusätzlicher Kammern ist zwischen den Partnern dieser

Vereinbarung Einvernehmen herzustellen. Die Zuständigkeit dieser Kammern regeln die Partner dieser Vereinbarung:

Beschwerdeausschuss Kammer I	Fachärzte gemäß § 73 Abs. 1a S. 2 SGB V
Beschwerdeausschuss Kammer II	Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V

Bei fachübergreifender Berufsausübung in Kooperationsformen richtet sich die Zuständigkeit nach der überwiegenden Anzahl von Haus- und Fachärzten. Bei gleicher Anzahl Haus- und Fachärzte in einer fachübergreifenden Berufsausübungsform sowie bei sonstigen Institutionen nach § 1 Abs. 2 ist der in der Bedarfsplanung festgelegte Anrechnungsfaktor der Beschäftigungsanteile der beteiligten Ärzte maßgebend. Für sonstige Institutionen nach § 1 Abs. 3 ist Kammer I zuständig.

§ 3 Prüfungsstelle

(1) Die Prüfungsstelle hat insbesondere:

1. Daten/sonstige Unterlagen für die Prüfungen nach §106 a und 106b SGB V aufzubereiten, zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentliche Feststellungen zu treffen und zu entscheiden, ob gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen wurde und welche Maßnahmen zu treffen sind
2. nach der Auswahl der zu prüfenden Vertragsärzte Auswahlprotokolle zu erstellen und diese an die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen zu übersenden
3. das Zustandekommen der Entscheidungen zu protokollieren
4. die Niederschriften und Bescheide zu erstellen,
5. Stellungnahmen zu Verfahren, Niederschriften und Bescheide sowie die Protokolle zu versenden,
6. die Prüfsachen zu führen,
7. ein laufendes Verzeichnis über die eröffneten Prüfungsverfahren, den Verfahrensstand, Widersprüche, Klageverfahren und deren Ergebnisse zu führen.

(2) Eine Kopie des laufenden Verzeichnisses nach Abs. 1 Nr. 7 ist den Vertragspartnern in begründeten Fällen innerhalb von 4 Wochen zu übersenden.

(3) Die Prüfungsstelle unterstützt den Beschwerdeausschuss organisatorisch bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte.

§ 4 Beratungskommission

(1) Zur fachlichen Unterstützung der Prüfungsstelle bei der Erfüllung ihrer Aufgaben bilden die Vertragspartner eine Beratungskommission.

(2) Die Beratungskommission berät die Prüfungsstelle bei der Auswahl der zu prüfenden Vertragsärzte.

(3) Die Prüfungsstelle lädt die Mitglieder der Beratungskommission zu der Auswahl der zu prüfenden Vertragsärzte, der unter § 14 Abs. 2 Punkt 1 bis 4 genannten Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung, sowie bei Bedarf oder auf Verlangen eines der Mitglieder der Beratungskommission zur Erörterung spezieller Fragestellungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ein.

(4) Das Nähere ist in § 6 der Geschäftsordnung nach § 106c Absatz 1 SGB V für die gemeinsame Prüfungsstelle in der jeweils geltenden Fassung geregelt.

(5) In die Auswahl sind Vertragsärzte nicht einzubeziehen, bei denen die Abweichungen nach § 18 Abs. 6 durch anerkannte Praxisbesonderheiten u.a. nach Vorlage der Anlage 7 HVM gerechtfertigt sind. Die KVS stellt entsprechende Informationen zur Berücksichtigung bei der Auswahl der für die Prüfung vorgesehenen Vertragsärzte zur Verfügung.

§ 5 Verfahren vor der Prüfungsstelle

(1) Die Beschlussfassung findet im schriftlichen, nicht öffentlichen Verfahren statt.

(2) Die Prüfungsstelle kann eine Prüfung durch einen Prüfarzt der gleichen Arztgruppe bzw. einen oder auch mehrere geeignete ärztliche Vorprüfer veranlassen.

Der Prüfungsstelle kann Sachverständige hinzuziehen. Der betroffene Vertragsarzt bzw. die sonstige betroffene Institution nach § 1 Abs. 3 kann sich gemäß § 13 SGB X vertreten lassen.

(3) Die Prüfungsstelle entscheidet durch Beschluss. Der Beschluss ist zu begründen, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und vom Leiter der Prüfungsstelle bzw. von einer von ihm benannten Person zu unterzeichnen.

Der Beschluss soll den Verfahrensbeteiligten innerhalb von einem Monat nach Beschlussfassung zugehen. Ausfertigungen des Beschlusses erhalten:

- der betroffene Vertragsarzt bzw. dessen Bevollmächtigte,
- die sonstige betroffene Institution nach § 1 Abs. 3,
- die Verbände der Krankenkassen,
- die Krankenkasse (bei Entscheidungen über von ihr gestellte Anträge),
- die Kassenärztliche Vereinigung Saarland.

Entscheidungen der Prüfungsstelle werden dem Vertragsarzt bzw. dessen Bevollmächtigten sowie der betroffenen sonstigen Institution nach § 1 Abs. 3 bzw. deren Bevollmächtigten in Papierform zugesandt. Den Verbänden, den antragstellenden Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland werden die Entscheidungen mittels gesicherter Datenübertragung (SFTP) mit separatem Anschreiben/Email zum Abruf bereit gestellt.

(4) Stellt die Prüfungsstelle bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung in einem die Prüfung ausschließenden Umfang sachlich/rechnerische Fehler oder sonstige Beanstandungen fest, setzt sie das Verfahren aus und leitet die Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zu. Die vereinbarten Antragsfristen für sachlich/rechnerische Beanstandungen gelten im Falle des Sprechstundenbedarfs als gewahrt. Nach Prüfung und Richtigstellung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland wird das ausgesetzte Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung wieder aufgenommen. Sachliche und rechnerische Berichtigungen sind von der Prüfungsstelle zu berücksichtigen. Die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zur Durchführung der Berichtigungen bleibt hiervon unberührt.

(5) Stellt die Prüfungsstelle fest, dass ein Vertragsarzt insbesondere nach vorausgegangenen Maßnahmen nicht erkennen lässt, dass er zur wirtschaftlichen Behandlungs- und/oder Verordnungsweise bereit ist, so hat sie den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und die Krankenkasse bzw. die Verbände der Krankenkassen zu unterrichten. Über eingeleitete Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland hat die Prüfungsstelle die Krankenkasse bzw. die Verbände der Krankenkassen zu informieren.

(6) Die Prüfungsstelle kann einen Wechsel der Prüfmethode vornehmen, wenn sie feststellt, dass die ursprünglich gewählte bzw. beantragte Prüfmethode eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nicht ermöglicht oder erschwert, weil notwendige Informationen nicht zu erlangen bzw. zu ermitteln sind und/oder im Rahmen der gewählten Prüfmethode nicht zur Verfügung stehen. Vor einem Wechsel der statistischen Prüfmethode ist die Beratungskommission zu informieren und anzuhören.

§ 6 Individuelle Beratung des Vertragsarztes

(1) Bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen einer Richtgrößenprüfung ist eine individuelle Beratung des Vertragsarztes festzusetzen und durchzuführen.

(2) Eine erstmalige Auffälligkeit bei statistischen Prüfungen liegt vor, wenn:

- bisher weder eine individuelle Beratung des Vertragsarztes nach § 106b Abs. 2 Satz 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 zum 31.12.2016 gültigen Fassung) oder Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist.
- eine nach § 6 Abs. 1 oder § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) individuelle Beratung bzw. weitere von der Prüfungsstelle getroffenen Maßnahmen bei statistischen Prüfungen 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) Die Festsetzung einer individuellen Beratung als Maßnahme bei erstmaliger Auffälligkeit erfolgt innerhalb von zwei Jahren nach Ende des Prüfzeitraumes. Im Falle eines Widerspruchsverfahrens erfolgt die Entscheidung des Beschwerdeausschusses gemäß § 106c Abs. 1 SGB V in der Regel innerhalb von zwei Jahren nach Zugang des Widerspruchs bei der Prüfungsstelle.

(4) Die individuelle Beratung findet in der Regel in einem persönlichen Gespräch –als Präsenzberatung- statt.

(5) Der Vertragsarzt kann in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten oder bei Heilmitteln von besonderen Verord-

nungsbedarfen beantragen. Eine solche Feststellung kann auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung einer Nachforderung als Maßnahme einer Wirtschaftlichkeitsprüfung (§106 Abs. 3 Satz 2 SGB V) droht.

Sofern der zu beratende Vertragsarzt in begründeten Fällen eine oder mehrere Praxisbesonderheiten beantragt hat, entscheidet die Prüfungsstelle über den Antrag in einem gesonderten Bescheid.

(6) Eine beschlossene individuelle Beratung findet innerhalb 6 Monaten nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides statt.

(7) Lehnt der Vertragsarzt eine individuelle Beratung ab oder nimmt er den Beratungstermin nicht wahr, gilt der Vertragsarzt als beraten. Ist die Abwesenheit des Vertragsarztes unverschuldet, wird ein neuer Termin vereinbart.

(8) Kommt der Vertragsarzt und der die Beratung Durchführende im Rahmen der Beratung zu der Einschätzung, dass eine Festsetzung der Beratung nicht hätte erfolgen dürfen, erfolgt eine erneute Prüfung durch die Prüfungsstelle anhand den dargelegten Erkenntnissen. Wird der Bescheid, mit dem die Beratung festgesetzt wurde, rechtskräftig aufgehoben, gilt die individuelle Beratung als Maßnahme nach § 106b Abs.2 Satz 3 SGB V als nicht erfolgt.

(9) Über eine bevorstehende individuelle Beratung informiert die Prüfungsstelle die Mitglieder der Beratungskommission nach § 6 der Geschäftsordnung über die gemeinsame Prüfungsstelle sowie die Kassenärztliche Vereinigung Saarland und GKV-Kassenverbände mindestens 14 Tage schriftlich im Voraus.

(10) Die schriftliche Ankündigung der Prüfungsstelle mit Beratungstermin, Tag, Uhrzeit, und Ort wird zusammen mit dem Prüfbescheid übermittelt.

(11) Die Prüfungsstelle beantragt für das mündliche Beratungsgespräch bei der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland oder bei den Krankenkassen einen Berater. Dem Berater sind 14 Tage vor der individuellen Beratung die Prüfungsunterlagen (Verwaltungsakte mit Prüfbescheid) vorzulegen.

(12) Über das Beratungsgespräch ist innerhalb von 14 Tagen ein schriftliches Protokoll durch die Prüfungsstelle anzufertigen. Aus diesem Protokoll geht hervor: Beginn und Ende, Teilneh-

mende am Beratungsgespräch, zu beratender Vertragsarzt, Beratungsgegenstand, herangezogene Beratungsunterlagen sowie das Beratungsergebnis.

(13) Den Mitgliedern der Beratungskommission, der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und den GKV-Kassenverbänden ist eine Abschrift dieses Protokolls auf Anforderung zuzusenden.

(14) Je ein Mitglied/stv. Mitglied der Beratungskommission der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland hat das Recht, nach Vorankündigung an diesem Beratungsgespräch teilzunehmen.

(15) Individuelle Beratungen sind bei statistischen Prüfungen der Festsetzung weiterer Maßnahmen bei erstmaliger Auffälligkeiten vorzuziehen. Erst dann können weitere Maßnahmen, insbesondere auch die Festsetzung einer Nachforderung, getroffen werden. Dies gilt nicht für Einzelfallprüfungen nach § 21 sowie bei Prüfungen auf Sonstigen Schaden nach § 22.

(16) Weitere Maßnahmen dürfen erstmals für den Prüfzeitraum nach erfolgter individueller Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat.

(17) Für erstmalig zugelassene Vertragsärzte in den ersten beiden Prüfzeiträumen nach der Zulassung gelten entsprechende Maßnahmen nicht. Erkennt die Prüfungsstelle, dass ein neu zugelassener Vertragsarzt seine Grenzwerte für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung überschreitet, so beauftragt sie die Kassenärztliche Vereinigung Saarland mit der Durchführung einer persönlichen Pharmakotherapie-, Heilmittel- bzw. Honorarberatung. Damit soll dem Vertragsarzt Gelegenheit gegeben werden, sich mit den Regeln für wirtschaftliches Verordnungsverhalten sowie wirtschaftliche Behandlungsweise im vertragsärztlichen Bereich vertraut zu machen. Diese Beratung gilt nicht als individuelle Beratung.

§ 7 Widerspruch

(1) Gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle können die betroffenen Vertragsärzte nach § 1 Abs. 2, die sonstigen betroffenen Institutionen nach § 1 Abs. 3, die Krankenkassen, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztliche Vereinigung

Saarland innerhalb eines Monats nach Zustellung der per Post oder mittels Datenübertragung mit Anschreiben/Mail versandten Entscheidungen schriftlich beim Beschwerdeausschuss Widerspruch einlegen.

(2) Die Prüfungsstelle gibt dem betroffenen Vertragsarzt nach § 1 Abs. 2, den sonstigen betroffenen Institutionen nach § 1 Abs. 3, der betroffenen Krankenkasse, den betroffenen Landesverbänden der Krankenkassen sowie der Kassenärztliche Vereinigung Saarland von dem Widerspruch Kenntnis, soweit diese nicht selbst Widerspruchsführer sind. Der Beschwerdeausschuss entscheidet über den Widerspruch.

§ 8 Zusammensetzung des Beschwerdeausschusses; Amtsdauer und Rechtsstellung der Mitglieder

(1) Der Beschwerdeausschuss besteht je Kammer aus einem unparteiischen Vorsitzenden und jeweils drei fachkundigen Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen. Es sind Stellvertreter in ausreichender Zahl zu benennen.

(2) Die Amtsperiode der Mitglieder des Beschwerdeausschusses beträgt zwei Jahre und endet erstmals am 31.12.2017. Die Mitglieder bleiben nach Ablauf der Amtsperiode im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten. Wird innerhalb einer Amtsperiode ein Mitglied neu berufen, so endet auch dessen Amt mit dem Ende dieser Amtsperiode. Unbeschadet von Satz 1 bis 2 haben die Kassenärztliche Vereinigung Saarland und die Verbände der Krankenkassen das Recht die jeweils von ihnen entsandten Mitglieder von ihrem Amt zu entbinden. Die anderen Vertragspartner sind hiervon durch die Prüfungsstelle nach § 3 dieser Vereinbarung zu informieren.

(3) Ein ärztliches Mitglied darf bei der Prüfung bei seiner eigenen ärztlichen Tätigkeit oder der eines Angehörigen im Sinne von § 16 Abs. 5 SGB X nicht mitwirken. Das gleiche gilt für Partner einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft bzw. Partner/Angestellte eines MVZ.

(4) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie sind bei Ausübung ihres Amtes gegenüber den sie entsendenden Organisationen fachlich nicht weisungsgebunden. Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten, die Rechte und Pflichten eines Mitglieds.

(5) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sind verpflichtet an den Sitzungen teilzunehmen; bei Verhinderung haben sie die Prüfungsstelle zu benachrichtigen

(6) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sowie ihre Stellvertreter sowie sonstige Mitwirkende sind auch nach Beendigung ihres Amtes zur Verschwiegenheit über alle Tatsachen verpflichtet, die ihnen aus der Teilnahme an Prüfungsverfahren zur Kenntnis gekommen sind.

Dies gilt insbesondere auch für die Beratungen und Abstimmungen. Eine sachliche Berichterstattung über die Verfahrensergebnisse gegenüber den entsendenden Stellen bleibt hiervon unberührt.

(7) Stellen die Kammern klärungsbedürftige Sachverhalte fest, die nicht die Wirtschaftlichkeit betreffen, haben sie unter Wahrung des Sozialgeheimnisses (§ 35 Abs. 1 SGB I) die Kassenärztliche Vereinigung Saarland und die Verbände der Krankenkassen zu benachrichtigen.

(8) Die Mitglieder der Prüfungsgremien haben Anspruch auf Aufwandsentschädigungen und Erstattung ihrer tätigkeitsbezogenen Auslagen. Dieser richtet sich bei den Vertretern der Primärkassen nach den Grundsätzen, die für die Mitglieder der Organe der bestellenden Körperschaften gelten und für die Vertreter der Ersatzkassen sowie für die ärztlichen Mitglieder nach der Entschädigungsregelung für die Ausschussmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland. Die Ansprüche der Vertreter der Ärzte und der Vertreter der Ersatzkassen richten sich an die Kassenärztliche Vereinigung Saarland, die Ansprüche der Vertreter der Primärkassen richten sich an den bestellenden Landesverband.*

(9) Die Vereinbarungspartner verständigen sich gemeinsam und einheitlich auf die Höhe der Entschädigung der unparteiischen Vorsitzenden nach § 2 Absatz 3 der Wirtschaftlichkeitsprüfverordnung.

*) Diese Regelung für die Vertreter der Ersatzkassen gilt nur solange, wie ein Verwaltungskostenbeitrag durch die Ersatzkassen geleistet wird, der diese Kosten beinhaltet.

§ 9 Vorsitz, Beschlussfähigkeit

(1) Den Vorsitz in den Kammern des Beschwerdeausschusses führt der unparteiische Vorsitzende bzw. dessen Stellvertreter. Dieser leitet die Sitzung und übt das Hausrecht aus.

(2) Die Kammern sind beschlussfähig, wenn der unparteiische Vorsitzende und mindestens jeweils zwei Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen anwesend sind.

Kann eine Sitzung wegen fehlender Beschlussfähigkeit nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden, kann nach erneuter Ladung mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder entschieden werden.

Fehlt nur auf einer Seite einer von drei Vertretern, so nehmen an der Abstimmung auf der anderen Seite ebenfalls nur zwei Vertreter teil. Das hiernach nicht abstimmungsberechtigte Mitglied wird durch Los ermittelt, sofern ein Mitglied der überparitätisch repräsentierten Ausschussgruppe nicht freiwillig auf das Stimmrecht verzichtet.

(3) Die Kammern beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit. Stimmenthaltungen sind nicht zulässig.

§ 10 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

(1) Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss ist schriftlich. Die Sitzungen sind nicht öffentlich. An den Sitzungen nehmen die Ausschussmitglieder und Mitarbeiter der Prüfungsstelle teil, letztere führen Protokoll über die Sitzung. Der Beschwerdeausschuss kann die Teilnahme der Verfahrensbeteiligten, insbesondere die persönliche Anhörung des Vertragsarztes bzw. der sonstigen betroffenen Institution nach § 1 Abs. 3, beschließen.

(2) Der Beschwerdeausschuss kann in besonders gelagerten Fällen eine Prüfung durch einen Prüfarzt der gleichen Arztgruppe bzw. einen oder auch mehrere geeignete ärztliche Vorprüfer veranlassen.

Der Beschwerdeausschuss kann Sachverständige hinzuziehen. Der betroffene Vertragsarzt bzw. die sonstige betroffene Institution nach § 1 Abs. 3 kann sich gemäß § 13 SGB X vertreten lassen.

(3) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses entscheiden durch Beschluss. Soweit der Sachaufklärung dienlich, kann der Beschwerdeausschuss während der mündlichen Verhandlung beschließen, dass Verfahrensbeteiligte und deren Bevollmächtigte bzw. sonstige hinzugezogene Personen den Verhandlungsraum vorübergehend verlassen.

Bei der Beratung und Beschlussfassung darf außer der Protokollführung kein Nichtmitglied des Beschwerdeausschusses anwesend sein. Der Beschluss ist zu begründen, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen. Der Beschluss soll den Verfahrensbeteiligten innerhalb von 3 Monaten nach Beschlussfassung zugehen. Ausfertigungen des Beschlusses erhalten:

- der betroffene Vertragsarzt bzw. dessen Bevollmächtigte,
- die sonstige betroffene Institution nach § 1 Abs. 3,
- die Verbände der Krankenkassen,
- die Krankenkasse (bei Entscheidungen über von ihr gestellte Anträge),
- die Kassenärztliche Vereinigung Saarland.

(4) Stellt der Beschwerdeausschuss bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung in einem die Prüfung ausschließenden Umfang sachlich/rechnerische Fehler oder sonstige Beanstandungen fest, setzt er das Verfahren aus und leitet die Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zu. Die vereinbarten Antragsfristen für sachlich/rechnerische Beanstandungen gelten im Falle des Sprechstundenbedarfs als gewahrt. Nach Prüfung und Richtigstellung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland wird das ausgesetzte Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung wieder aufgenommen. Sachliche und rechnerische Berichtigungen sind dann zu berücksichtigen. Die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zur Durchführung der Berichtigungen bleibt hiervon unberührt.

(5) Stellt der Beschwerdeausschuss fest, dass ein Vertragsarzt insbesondere nach vorausgegangenem Maßnahmen nicht erkennen lässt, dass er zur wirtschaftlichen Behandlungs- und/oder Verordnungsweise bereit ist, so hat er den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und die Kassenverbände zu unterrichten. Über die eingeleiteten Maßnahmen hat die Kassenärztliche Vereinigung Saarland den Ausschuss zu informieren. Der Beschwerdeausschuss setzt die Krankenkasse bzw. die Verbände der Krankenkassen hierüber in Kenntnis.

(6) Der Beschwerdeausschuss kann einen Wechsel der Prüfmethode vornehmen, wenn er feststellt, dass die ursprünglich gewählte bzw. beantragte Prüfmethode eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nicht ermöglicht oder erschwert, weil notwendige Informationen nicht zu erlangen bzw. zu ermitteln sind und/oder im Rahmen der gewählten Prüfmethode nicht zur Verfügung stehen.

(7) Über jede Sitzung des Beschwerdeausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen. Diese muss enthalten:

1. die Bezeichnung der Kammer,
2. Ort und Tag der Sitzung,
3. die Namen des Vorsitzenden und der sonstigen Sitzungsteilnehmer,
4. den Verfahrensgegenstand (betroffener Vertragsarzt, bzw. sonstige betroffene Institution nach § 1 Abs. 3, Prüfungsgegenstand, Quartal, Prüfungsart)
5. die gefassten Beschlüsse.

Die Niederschrift ist von dem Vorsitzenden der Kammer und dem Protokollführer zu unterzeichnen. Sachvorträge von Ausschussmitgliedern sind auf deren Verlangen in diese Niederschrift aufzunehmen.

(8) Im sozialgerichtlichen Verfahren wird der Beschwerdeausschuss durch den Vorsitzenden der zuständigen Kammer vertreten. Für die Wahrnehmung von Gerichtsterminen kann dieser Vollmacht erteilen.

§ 11 Mitwirkungspflicht des Vertragsarztes

Der Vertragsarzt bzw. die sonstige betroffene Institution nach § 1 Abs. 3 ist verpflichtet, den Prüfungsgremien auf Anforderung die zur Durchführung des Prüfverfahrens erforderlichen Unterlagen vorzulegen oder zu übersenden und die für das Prüfverfahren erbetenen Auskünfte zu erteilen. Werden die erbetenen Auskünfte auch nach Fristsetzung nicht erteilt, geht dies zu Lasten des Vertragsarztes bzw. der sonstigen betroffenen Institution nach § 1 Abs. 3.

§ 12 Prüfdatei

(1) Bei der Prüfungsstelle ist für jeden Vertragsarzt eine Prüfdatei zu führen, die zur Beurteilung der Gesamttätigkeit des einzelnen Vertragsarztes mit herangezogen wird.

(2) Es sind – sobald dies technisch möglich ist – für alle Kassenarten zusammengefasst, je Abrechnungsquartalsjahr auf dieser Prüfkarte/Prüfdatei, jeweils auch im Vergleich zum Arztgruppendurchschnitt, zu vermerken:

- a) Fallzahl in der Aufteilung nach Status:
Mitglieder (M),
Familienangehörige (F),
Rentner einschließlich ihrer Angehörigen (R),
Gesamt (G)

und nach vier Altersgruppen:

Altersgruppe A	0-15 Jahre
Altersgruppe B	16-49 Jahre
Altersgruppe C	50-64 Jahre
Altersgruppe D	>65 Jahre
Gesamt (G)	

- b) die Anforderung je Fall und je Leistungsgruppe,
- c) die Arzneimittelausgaben je Fall, aufgeteilt nach M, F, R, G und nach Altersgruppen nach Punkt a
- d) die Kosten des Sprechstundenbedarfs je Fall,
- e) die Heilmittelausgaben je Fall, aufgeteilt nach M, F, R, G und nach Altersgruppen nach Punkt a

Es werden außerdem anerkannte Praxisbesonderheiten mit dem Datum der Anerkennung, Maßnahmen der Prüfungsgremien sowie die Entscheidungen der Sozialgerichte vermerkt.

Die Eintragungen nach c) bis e) können nur vorgenommen werden, wenn und soweit von Seiten der Krankenkassen auch die entsprechenden Zahlen geliefert werden.

(3) Die Vorschrift des § 84 SGB X über die Löschung personenbezogener Daten findet Anwendung.

(4) Die Prüfdatei/die Prüfkarte des Vertragsarztes kann in begründeten Fällen durch die Kassenärztliche Vereinigung und/oder die Kassenverbände vollständig eingesehen werden.

§ 13 Einleitung von Verfahren

(1) Die Prüfungsstelle hat die Einhaltung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich von Amts wegen zu prüfen.

(2) Darüber hinaus prüft die Prüfungsstelle die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung auf Antrag. Antragsberechtigt sind die Kassenärztliche Vereinigung Saarland, die Krankenkassen und die Verbände der Krankenkassen.

In diesen Fällen müssen der betroffene Vertragsarzt bzw. die sonstige betroffene Institution nach § 1 Abs. 3, der Prüfungsgegenstand, das Quartal, die Prüfungsart (§ 14) und die Gründe, die zur Aufnahme des Prüfungsverfahrens führen sollen, angegeben werden.

(3) Die Verfahrensbeteiligten sind, soweit sie nicht Antragsteller sind, unverzüglich über die Einleitung eines Prüfungsverfahrens zu informieren. Der betroffene Vertragsarzt ist zugleich unter Hinweis auf seine ihm obliegende Mitwirkungspflicht unter Setzung einer angemessenen Frist aufzufordern, soweit nicht bereits aktenkundig, Praxisbesonderheiten und/oder kompensatorische Einsparungen im Einzelnen darzulegen und nachzuweisen.

Besonderer Teil / Prüfarten u. Prüfmethoden:

§ 14 Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird von der Prüfungsstelle nach § 106c SGB V geprüft durch

- arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen nach § 106a SGB V,
- arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V

Die Prüfungen der Wirtschaftlichkeit der Versorgung ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V umfassen alle Verordnungsbereiche, diese sind zurzeit:

- a) Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)

- b) Verordnung von Sprechstundenbedarf (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- c) Verordnung von Heilmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- d) Verordnung von Hilfsmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- e) Verordnung von Krankentransporten (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- f) Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- g) Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V)
- h) Verordnung von Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- i) Verordnung häuslicher Krankenpflege (§ 73 Abs. 2 Nr. 8 SGB V)
- j) Verordnung von Soziotherapie (§ 73 Abs. 2 Nr. 12 SGB V)
- k) Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (§ 73 Abs. 2 Nr. 14 SGB V)
- l) Verordnung von Impfstoffen (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)

Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Punkt d. bis l. finden nur im Rahmen der §§ 21 und 22 statt.

(2) Die Prüfungsstelle/der Beschwerdeausschuss überwachen die Einhaltung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch:

1. arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von arzt- und versichertenbezogenen Stichproben nach § 106a SGB V, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Stichprobenprüfung)
2. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 17 (Auffälligkeitsprüfung)
3. Prüfung ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) nach Durchschnittswerten gemäß § 106a Abs. 4 Satz 3 SGB V, wenn eine Prüfung auf der Grundlage arzt- und versichertenbezogener Stichproben nicht durchgeführt werden kann
4. Prüfung ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise) nach Durchschnittswerten gemäß § 20 soweit eine Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nicht durchgeführt werden kann, sowie Prüfung des vom Vertragsarzt bezogenen/verordneten Sprechstundenbedarfs

5. Einzelfallprüfungen nach § 106 Abs. 1 SGB V gemäß § 21

6. Feststellung eines Sonstigen Schadens gemäß § 22

Die Prüfungen nach Abschnitt 2 Nr. 1 (Stichprobenprüfung) umfassen auch Überweisungen, Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen; honorarwirksame Begrenzungsleistungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen. Ärztlich verordnete Leistungen sind nicht Gegenstand der Stichprobenprüfung.

Über die in Absatz 2 vorgesehenen Prüfungen hinaus können die Vertragspartner andere arztbezogene Prüfungen vereinbaren.

(3) Die Wirtschaftlichkeit kann auch, soweit durch Gesetz und Rechtsprechung zugelassen, durch arztbezogene Prüfung im Einzelfall für ärztliche Leistungen und Verordnungen geprüft werden. Entsprechende Anträge sollen unverzüglich nach Bekanntwerden des Sachverhaltes gestellt werden.

(4) Insbesondere sollen auch verordnete Leistungen geprüft werden, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind. Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland übermittelt die entsprechenden Daten an die Prüfungsstelle.

(5) Für den Fall, dass weder die gesetzlich vorgesehenen noch die vereinbarten Prüfungsarten zur Durchführung einer sachgerechten Wirtschaftlichkeitsprüfung geeignet sind, dürfen die Prüfungsgremien unter Berücksichtigung der Rechtsprechung andere geeignete Prüfungsarten anwenden (z.B. Vertikalvergleich).

(6) Die Prüfungsstelle/der Beschwerdeausschuss haben die Prüfung für die jeweilige Prüfungsart nach den gesetzlichen Vorgaben und den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen und Maßstäben vorzunehmen.

(7) In den Prüfungsverfahren nach Abs. 2 ist die gesamte vertragsärztliche Tätigkeit des Vertragsarztes zu berücksichtigen. Hierbei sind die bis zum Zeitpunkt der Eröffnung des Prüfungsverfahrens vorliegenden Daten über veranlasste und verordnete Leistungen - gegebenenfalls aus Vorquartalen - bei zu ziehen. Dies gilt auch für Angaben über die Häufigkeit der Überweisungen, sobald die Erfassung dieser Daten durchgeführt wird.

§ 15 Datenlieferungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Grundlage für die Prüfungen sind die durch die in §§ 296 und 297 SGB V genannten Institutionen zu liefernden Daten. Für Form, Inhalt und Einzelheiten der Datenübermittlung ist der Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen maßgebend.

Zur Sicherstellung der Einheitlichkeit der Datenlieferungen der Krankenkassen wird auf die jeweils technisch gültige Datensatzbeschreibung DZS-VSW der ITSG verwiesen.

A. Datenlieferung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland

Die Datenlieferung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland an die Prüfstelle erfolgt im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern nach den vereinbarten Datensatzlieferungen der Anlage 1.

B. Datenlieferung durch die Verbände der Krankenkassen

(1) Für die statistische Prüfung nach Durchschnittswerten übermitteln die Krankenkassen der Prüfungsstelle im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern je Verordnungsquartal* arztbezogene Daten für eine gemeinsame Statistik mit folgenden Angaben:

*) Das Verordnungsquartal entspricht dem Abrechnungsquartal für ärztliche Leistungen. Die Zuordnung zum Abrechnungsquartal erfolgt auch dann, wenn eine spätere Einlösung bzw. Abrechnung erfolgt.

1. Arzneikosten gemäß der Datensatzbeschreibung nach Anlage 2A ohne Versichertenbezug – sogenannte „KEY-Daten-AM“,
2. Heilmittelkosten, gemäß der Datensatzbeschreibung nach Anlage 3A ohne Versichertenbezug– sogenannte „KEY-Daten-HM“,
3. Kosten des Sprechstundenbedarfs gemäß der Datensatzbeschreibung nach Anlage 4A – sogenannte „KEY-Daten-SSB“

(2) Die Fristen zur Weiterleitung der Datensätze und Erstellung der Statistiken zu ärztlich verordneten Leistungen sind im Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV) vereinbart. Demnach sollen die arztbezogenen Daten der Krankenkassen der

Prüfungsstelle frühestens nach Ablauf des 6. Monats und spätestens mit Ablauf des 9. Monats nach Ende des jeweiligen zu prüfenden Zeitraums geliefert werden.

(3) Die von der Prüfungsstelle erstellten gemeinsamen Statistiken werden dann der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und den Kassenverbänden zur Verfügung gestellt.

(4) Für die Prüfung des Sprechstundenbedarfs nach Durchschnittswerten werden die quartalsweise erstellten Statistiken zu einer Statistik je Kalenderjahr zusammengefasst.

(5) Wird aufgrund fehlender Vergleichbarkeit eine Prüfung nach Durchschnittswerten um eine intellektuelle Einzelfallbetrachtung erweitert, sind die entsprechenden Images nach den Grundsätzen der BSG-Rechtsprechung (20 % der Fälle bzw. mindestens 100 Fälle) der Prüfungsstelle bzw. dem Beschwerdeausschuss zur Verfügung zu stellen. § 19 Abs. 6 gilt entsprechend.

(6) Die Datenlieferungen für die Richtgrößenprüfung erfolgen gemäß § 17 Abs. 4 („Key-Daten“ – AM nach Anlage 2A / HM nach Anlage 3A-) und Abs. 13 (Blatt-Daten– AM nach Anlage 2B / HM nach Anlage 3B-).

C. Datenlieferung Regelung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 1 Abs. 3 Punkte a. - i.

Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die Unterlagen laut Satz 2 der in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Leistungen. Die Krankenkasse/die Verbände der Krankenkassen müssen dem Antrag die zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen (u.a. Images der Verordnungen, Kopien der Abrechnungsdaten) und Nachweise zur Schadenshöhe vollständig beifügen.

D. Vorhalten der Daten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Bis zu einem rechtskräftigen Abschluss des Prüfverfahrens sind

-die Behandlungsdaten sowie die gelieferten Verordnungsdaten / Verordnungsübersichten bzw. Verordnungen in Papierform, (Images oder Originalrezepte) von der Prüfungsstelle und

- zusätzlich die Behandlungsdaten von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland sowie die Images der Verordnungsblätter, ggf. Originalbelege, von den Krankenkassen

vorzuhalten.

Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie laut § 106 SGB V Abs. 2 die Datengrundlage für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Vertragsarztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.

§ 16 Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher und ärztlich veranlasster Leistungen auf der Grundlage von Stichproben

(1) Unmittelbar nach Vorliegen der Abrechnungsunterlagen übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung Saarland der Prüfungsstelle für jedes Quartal eine Liste der Vertragsärzte, die in die Stichprobe nach § 106a Abs. 1 SGB V einzubeziehen sind. Die Höhe der Stichprobe ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen. Nach Auswahl dieser Ärzte, die mindestens 2 Prozent der Vertragsärzte je Quartal umfassen, berät sich die Prüfungsstelle mit der Beratungskommission in einer Sitzung über die für die Stichprobenprüfung benötigten Unterlagen sowie darüber, ob und gegebenenfalls mit welchem Ziel sie bei welchen Ärzten eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Einzelfall durchführen wollen.

(2) Der Prüfung ist ein Zeitraum von mindestens einem Jahr zugrunde zu legen. Eine erneute Zufälligkeitprüfung findet im Regelfall nicht vor Ablauf von 2 Jahren statt.

(3) Die Prüfungen umfassen neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen. Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Stichprobenprüfungen sind, soweit dafür Veranlassung besteht,

- die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation)

- die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität)

- die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
- die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel.

(4) Für die in die Stichprobenprüfung einbezogenen Vertragsärzte übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung Saarland der Prüfungsstelle die erforderlichen Daten auf der Grundlage des § 297 Abs. 2 SGB V. Die Krankenkassen/Verbände der Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die erforderlichen Daten gemäß § 297 Abs. 3 SGB V.

(5) Für Vertragsärzte, die für die Zufälligkeitsprüfung ausgewählt wurden, können weitere Prüfungen ärztlicher und ärztlich veranlasster Leistungen für den gleichen Zeitraum nicht durchgeführt werden.

(6) Im Übrigen gelten die Richtlinien gemäß § 106a Abs. 3 SGB V.

§ 17 Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößenvolumina der Arznei-, Verbandmittel sowie Heilmittel (Auffälligkeitsprüfung)

(1) Statistische Prüfungen der Verordnungsweise sind -soweit fachgruppenspezifische Richtgrößen gebildet wurden- vorrangig als Richtgrößenprüfungen durchzuführen. Für Vertragsärzte, die für eine Richtgrößenprüfung ausgewählt wurden, finden für den gleichen Zeitraum Prüfungen der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten nicht statt.

(2) Grundlage für die Feststellung einer Überschreitung sind die fachgruppenspezifischen Richtgrößen gemäß der jeweils geltenden Richtgrößenvereinbarung.

(3) Die Prüfung wegen der Überschreitung von Richtgrößenvolumen erfolgt von Amts wegen getrennt nach Arznei-/Verbandmittel und nach Heilmitteln durch die gemeinsame Prüfungsstelle. Sie ist grundsätzlich eine Jahresprüfung. In Ausnahmefällen kann eine unterjährige Prüfung durchgeführt werden. Eine quartalsweise Prüfung soll insbesondere dann erfolgen, wenn aufgrund von unterjährigen Neuzulassungen oder Veränderungen in der Fachgebiets-

zugehörigkeit eine Jahresprüfung nicht möglich ist. Die Durchführung der quartalsweisen Prüfung ist im Bescheid zu begründen.

(4) Die Prüfungsstelle ermittelt diejenigen Vertragsärzte, die ihr Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert überschritten haben und beschließt nach Auswertung der kassenartenübergreifenden Verordnungskostenstatistiken unter Berücksichtigung der festgestellten Praxisbesonderheiten, bei welchen Vertragsärzten eine Richtgrößenprüfung eingeleitet wird.

(5) Richtgrößenprüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden; die Festsetzung eines den Krankenkassen zu erstattenden Mehraufwands muss innerhalb von zwei Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraums erfolgen. Die einbehaltenen Nachforderungsbeträge sind auf die eventuell festgestellte Überschreitung des jeweiligen Ausgabenvolumens anzurechnen. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Vertragsarzt einem Vertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V beigetreten ist, sind nicht Gegenstand einer Prüfung. Ihre Wirtschaftlichkeit ist durch Vereinbarungen in diesen Verträgen zu gewährleisten; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Vertragsärzte und die Laufzeit der Verträge.

(6) Sofern eine Prüfung nach Richtgrößen eingeleitet wurde, stellen die Verbände der Krankenkassen die Verordnungsdaten des Vertragsarztes als sogenannte Blattdaten nach Anlage 2B und 3B auf maschinell lesbaren Datenträgern zur Verfügung; die Vorlage der Rezepte ist dann nicht erforderlich. Bis zu einem bestandskräftigen Abschluss des Prüfverfahrens sind die Rezeptformulare bzw. Verordnungsblätter (ggf. als Images) von den Krankenkassen vorzuhalten.

(7) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Vertragsarzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Gründe für Praxisbesonderheiten darzulegen. Als Praxisbesonderheiten gelten bei Arzneimittelrichtgrößenprüfungen insbesondere die in Anlage 6 aufgeführten Regelungen.

Erreicht ein Vertragsarzt für den überwiegenden Anteil der von ihm verordneten Arzneimittelgruppen nach § 4 der Arznei-, Verband- und Heilmittelvereinbarung den vereinbarten Zielanteil der Leitsubstanz bzw. Verordnungshöchst- und -mindestquoten, so wird er für diese Arzneimittelgruppen mit Zielerreichung aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung befreit.

Sobald nach Abschluss eines Verfahrens zur Frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V eine Vereinbarung gemäß § 130 b Abs. 1 SGB V mit Praxisbesonderheiten nach Abs. 2 geschlossen wurde, erkennt die Prüfungsstelle diese Arzneimittelverordnungen als Praxisbesonderheiten an, wenn der Vertragsarzt beim jeweiligen Produkt die beschriebenen Verordnungsvoraussetzungen eingehalten hat.

Bei der Heilmittelprüfung gelten die am 30.11.2015 zwischen GKV-Spitzenverband und der KBV im Anhang 1 zur Anlage 2 der bundesweiten Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen ergänzend aufgeführten Diagnosen der „Besonderen Verordnungsbedarfe“. Die Prüfungsstelle prüft auf Basis der ihr vorliegenden Daten oder auf Antrag der Krankenkasse oder der Kassenärztlichen Vereinigung als besondere Verordnungsbedarfe gekennzeichnete Verordnungen 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 erfolgen.

Zur Berücksichtigung der im Therapieplan der GIA (Geriatrische Institutsambulanzen) empfohlenen Heilmittel ist die Indikationsliste der „Besonderen Verordnungsbedarfe“ maßgebend. Darüber hinaus können die Prüfungsgremien weitere Praxisbesonderheiten im Einzelfall feststellen und berücksichtigen.

Die Anerkennung aller vorgenannten Praxisbesonderheiten ist auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 12 und 70 SGB V und der Arzneimittel- und Heilmittel-Richtlinie begrenzt.

Verordnungen von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Prüfungsstelle hat sämtliche auf die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 32 Abs. 1a SGB V in den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Abs. 2 Nr. 6 SGB V entfallenden Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen.

(8) Hinweise (schriftliche Beratungen) bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen werden durchgeführt, wenn das Verordnungsvolumen eines Vertragsarztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert übersteigt und auf Grund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung).

(9) Die Prüfungsstelle kann einen Hinweis (schriftliche Beratung) aussprechen oder beauftragt die Verordnungsberatung der KV Saarland oder die Krankenkassen mit der Durchführung einer persönlichen Pharmakotherapie- bzw. Heilmittelberatung. Darüber hinaus erhalten auch die Vertragsärzte mit schriftlicher Beratung das Angebot, sich persönlich beraten zu lassen.

(10) Bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent findet nach § 5 eine individuelle Beratung statt. Die Kosten der Beratung werden durch die Prüfungsstelle an die KV Saarland/Krankenkasse erstattet. Seitens der Krankenkassen können ergänzende Beratungsunterlagen (z.B. PharmPRO®) zur Verfügung gestellt werden. Ebenso besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an der Beratung.

(11) Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

(12) Bei fachübergreifenden vertragsärztlichen Kooperationsformen und medizinischen Versorgungszentren wird die Richtgröße aus dem arithmetischen Mittelwert der jeweiligen Richtgröße der Fachgruppe gebildet. Ist ein Arzt oder mehrere Ärzte einer Fachgruppe ohne Richtgröße beteiligt, gilt der Richtgrößenswert der übrigen in der Praxis/Versorgungszentrum vorhandenen Ärzte mit Richtgrößen als Aufgreifkriterium für die gesamte Praxis unter Berücksichtigung der Gesamtfallzahl. Die Prüfungsstelle kann im Prüfverfahren bei entsprechenden Feststellungen auch eine davon abweichende Gewichtung der Richtgrößen vornehmen oder zu anderen Prüfmethoden (z.B. Durchschnittsprüfung) übergehen.

(13) Für die zu prüfenden Vertragsärzte liefern die Kassenverbände jeweils arztbezogen die jeweiligen Verordnungsdaten um die Beträge der Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V bereinigt.

(14) Die Prüfungsstelle soll 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. Die Ermittlung der Nachforderung erfolgt analog der Nachforderungsberechnung zur Richtgrößenprüfung (Anlage 5). Mögliche Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V sind pauschal zu berücksichtigen. Verordnungen von

Arzneimitteln, für die der Vertragsarzt einem Vertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V beigetreten ist, sind nicht Gegenstand einer Prüfung. Ihre Wirtschaftlichkeit ist durch Vereinbarungen in diesen Verträgen zu gewährleisten; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Vertragsärzte und die Laufzeit der Verträge.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass das Prüfverfahren einzustellen ist, wenn sich im Laufe der Prüfung ergibt, dass maximal eine Nachforderungssumme von 1.000,00 Euro zustande kommt.

(15) Eine vom Vertragsarzt zu erstattende Nachforderung wird nicht festgesetzt, soweit die Prüfungsstelle mit dem Vertragsarzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Vertragsarztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Vertragsarzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils die sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebende Nachforderung den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße ist für den Zeitraum von vier Quartalen zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu nichts anderes vereinbart ist.

(16) Die Prüfungsstelle setzt für Vertragsärzte, die das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 Prozent überschreiten für die ersten beiden Jahre einer Festsetzung einer Nachforderung für die Erstattung der Mehrkosten einen Betrag von insgesamt nicht mehr als 25.000 Euro fest.

§ 18 Auswahl zur Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten

Wenn eine Stichprobenprüfung gemäß § 16 der ärztlichen Behandlungsweise nicht durchgeführt wird, kann die Prüfungsstelle nach Auswertung der Abrechnungsunterlagen die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Vertragsarztes quartalsweise nach Durchschnittswerten prüfen.

(1) Die Prüfungsstelle nimmt unverzüglich nach Vorliegen der Abrechnungsunterlagen gemäß § 15 Buchstabe A. eine Auswahl vor, bei welchen Vertragsärzten unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien nach Abs. 6 bis 9 eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten durchgeführt wird. Vergleichsgruppe ist grundsätzlich eine an den Gebieten der Weiterbildungsordnung orientierte Arztgruppe

(Fachgruppe). Für jede Arztgruppe ist ein Landesdurchschnitt als Vergleichsmaßstab zu ermitteln. Bei Vertragsärzten, die für mehrere Gebiete zugelassen bzw. ermächtigt sind, sowie bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen erfolgt die Zuordnung zur Fachgruppe - soweit nicht ein spezieller Landesdurchschnitt zur Verfügung steht- anhand der lebenslangen Arztnummern (LANR). Bei Ärzten im MVZ erfolgt der Vergleich mit der Fachgruppe des jeweiligen Arztes.

(2) Bei der Ermittlung der Fallwerte des Arztes ist die Fallzahl der entsprechenden Leistungsart zugrunde zu legen und die Abweichung in Prozentsätzen vom arithmetischen Mittel anzugeben.

(3) Bei der Errechnung der Vergleichswerte hat die Prüfungsstelle zusätzlich eine Klientelgewichtung (sog. Rentnergewichtung) vorzunehmen. Dabei ist die gewichtete Abweichung die Differenz zwischen der tatsächlichen Abrechnungssumme des einzelnen Arztes und der Abrechnungssumme, die sich ergibt, wenn die Fallzahlen des einzelnen Arztes, getrennt nach Versichertengruppen (M/F/R), mit den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe multipliziert und diese Ergebnisse addiert werden. Die gewichtete Abweichung wird in v.H. ausgewiesen.

(4) Lassen sich aus den Abrechnungsdaten repräsentative Werte nicht ermitteln, so können überbezirkliche Vergleichswerte, gegebenenfalls aus entsprechenden früheren Abrechnungsvierteljahren, herangezogen werden.

(5) Die Anforderungen vergleichbarer Praxen oder die eigenen Anforderungen vorangegangener Quartale können zur besseren Beurteilung mit herangezogen werden. Hierdurch soll der Vergleich mit den Durchschnittswerten der Gruppe ergänzt, aber nicht ersetzt werden.

(6) In der Regel sollen folgende Honorarabrechnungen gemäß arithmetischem Mittel in das Auswahlverfahren einbezogen werden:

1. Honorarabrechnungen, deren Gesamtfallwert den Fallwert der Vergleichsgruppe (Fachgruppendurchschnitt) um mehr als 30 % überschreitet,
2. Honorarabrechnungen, bei denen in den einzelnen Leistungsgruppen der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 50 % überschritten wird,

3. Honorarabrechnungen, bei denen in einzelnen Leistungen der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 100 bzw. 50 % bei Standardleistungen überschritten wird. Bei Ermittlung dieser statistischen Vergleichszahlen sind nur die Abrechnungen einzubeziehen, in denen die betreffenden Leistungen enthalten sind.
4. Honorarabrechnungen, bei denen eine wesentliche Änderung des persönlichen Fallwertes insgesamt, bei einzelnen Leistungsgruppen oder bei einzelnen Leistungspositionen (Vertikalvergleich) gegenüber den Abrechnungswerten des Vertragsarztes aus früheren Abrechnungsvierteljahren eingetreten ist.

(7) Neben der Überschreitung des Vergleichswertes der Fachgruppe ist der Grad der Homogenität der Leistungsstruktur der nach Abs. 1 gebildeten Arztgruppe bei der Auswahl zu berücksichtigen. Damit kann auch die Auswahl von Abrechnungen zur Prüfung erfolgen, welche die nach Abs. 6 Nrn. 1 bis 3 festgelegten Überschreitungen nicht erreichen.

(8) Das Antragsrecht nach § 13 Abs. 2 der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und der Verbände der Krankenkassen bleibt unberührt (Wegfall des gemeinsamen Antragsrechts).

Diese Anträge können nur binnen eines Monats nach Zugang der Auswahlprotokolle (§ 3 Abs. 1 Punkt 2) von den Antragsberechtigten gestellt werden.

(9) In den Anträgen ist die Überschreitung des Vergleichsgruppenschnitts insgesamt oder in den einzelnen Leistungsgruppen bzw. bei einzelnen Leistungen anzugeben.

(10) In den nach Abs. 6 bis 9 eingeleiteten Verfahren erstrecken sich die Prüfung der wirtschaftlichen Behandlungsweise und die daraus resultierenden Maßnahmen auf alle gesetzlichen Krankenkassen, sofern sich im Auswahlverfahren nicht ausdrücklich auf die gezielte Prüfung einzelner Behandlungsfälle geeinigt wurde.

§ 19 Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten

(1) Wird eine Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten durchgeführt, so hat die Prüfungsstelle die nachstehenden Maßstäbe und Grundsätze zu beachten.

(2) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Vertragsarzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte eine Mitteilung über die Gründe der eingeleiteten Prüfung sowie Gelegenheit eine Stellungnahme einzureichen und seine Praxisbesonderheiten darzulegen.

(3) Die Prüfungsstelle hat vorrangig zu prüfen, ob gezielte schriftliche oder mündliche Beratungen des Vertragsarztes durch die Prüfungsstelle ausreichend sind, um in Zukunft eine wirtschaftliche Behandlungsweise zu sichern. Im Rahmen dieser Beurteilung kann zugunsten des Vertragsarztes berücksichtigt werden, wenn Unwirtschaftlichkeit erstmals nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit festgestellt wird.

(4) Die Prüfungsstelle kann eine auf einer Schätzung beruhende Nachforderung der Honorarforderung vornehmen, wenn die durchschnittliche Honorarforderung eines Arztes je Behandlungsfall insgesamt, in einer einzelnen Leistungsgruppe oder bei einzelnen in der Vergleichsgruppe üblichen Leistungen den Durchschnittswert seiner Vergleichsgruppe in einem Umfang überschreitet, der eine unwirtschaftliche Behandlungsweise vermuten lässt, ohne dass bereits ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt, und die Unwirtschaftlichkeit sich durch eine Prüfung anhand einer die Behandlungsweise des Arztes genügend beleuchtenden Zahl von Beispielen aus der Abrechnung des Arztes nachweisen lässt. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage der Schätzung für eine Honorarkürzung.

(5) Steht die durchschnittliche Honorarforderung eines Vertragsarztes je Behandlungsfall insgesamt, in einer einzelnen Leistungsgruppe oder bei einzelnen in der Vergleichsgruppe üblichen Leistungen in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten seiner Vergleichsgruppe, kann die Prüfungsstelle eine auf einer Schätzung beruhende pauschale Honorarnachforderung ohne Angabe von Beispielen vornehmen.

(6) Auch wenn die in den Abs. 4 und 5 genannten Voraussetzungen nicht vorliegen, kann die Prüfungsstelle eine Kürzung vornehmen, sofern die Überprüfung eine Unwirtschaftlichkeit in einzelnen Behandlungsfällen ergibt. Dabei wird der festgestellte Mehraufwand gekürzt.

(7) Nachforderungen nach den Absätzen 4 und 5 sind insoweit nicht zulässig, als ein Mehraufwand durch Minderaufwand bei anderen Leistungen im ursächlichen Zusammenhang ausgeglichen wird. Entsprechendes gilt, soweit ein Mehraufwand gegenüber den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe des Vertragsarztes durch Besonderheiten seiner Praxis gerechtfertigt ist. Minderaufwendungen und Praxisbesonderheiten sind nur insoweit

zu berücksichtigen, als sie aus der Abrechnung des Vertragsarztes erkennbar oder in anderer Weise nachgewiesen sind.

Stellt die Prüfungsstelle nach Berücksichtigung evtl. Praxisbesonderheiten und kompensationsfähiger Minderaufwendungen noch Überschreitungswerte fest, die die Annahme einer Unwirtschaftlichkeit begründen, kann ungeachtet des ansonsten vorrangigen Beratungsgrundsatzes eine Honorarnachforderung ausgesprochen werden.

Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarnachforderungen vorzunehmen.

(8) Prüfmaßnahmen hinsichtlich des Fallwertes oder einzelner Leistungsgruppen oder einzelner Leistungen (z. B. Vertikalvergleich) können auch dann angezeigt sein, wenn eine wesentliche Änderung des persönlichen Fallwertes insgesamt, bei einzelnen Leistungsgruppen oder bei einzelnen Leistungspositionen eines Arztes gegenüber seinen Abrechnungswerten aus früheren Quartalen vorliegt und die nähere Prüfung Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise ergibt.

(9) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass das Prüfverfahren einzustellen ist, wenn sich im Laufe der Prüfung ergibt, dass maximal eine Nachforderungssumme von 800,00 Euro je Quartal zustande kommt.

(10) Die Prüfungsstelle trifft ihre Entscheidungen unter Würdigung aller ihr bekannten Umstände. Die Prüfmaßnahmen können sich auf einzelne Leistungen, Leistungsgruppen und auf das Gesamthonorar des Vertragsarztes beziehen.

§ 20 Prüfung der vertragsärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten

Soweit eine Richtgrößenprüfung gemäß § 17 dieser Vereinbarung nicht durchgeführt werden kann, prüft die Prüfungsstelle nach Auswertung der Verordnungsstatistiken die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise des Vertragsarztes bei Arznei- und Verbandmitteln, Heilmitteln quartalsweise sowie beim Sprechstundenbedarf jahresbezogen nach Durchschnittswerten.

- (1) Die Prüfung der vertragsärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten umfasst:
- a) die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise bei Arznei-, Verbandmittel je Quartal
 - b) die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise bei Heilmittel je Quartal
 - c) die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise beim Sprechstundenbedarf als Jahresprüfung

und soll in der Regel für nicht mehr als 5 von Hundert der Vertragsärzte einer Fach- bzw. Vergleichsgruppe durchgeführt werden. Vertragsärzte mit einer geringen Anzahl von Verordnungen oder Fällen können von der Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgeschlossen werden.

(2) Für die Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten erfolgen die Bildung der Vergleichsgruppen und die Berechnung der Überschreitungssätze sowie die Auswahl der Ärzte, entsprechend der in § 18 getroffenen Regelung.

(3) Das Antragsrecht nach § 13 Abs. 2 der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und der Verbände der Krankenkassen bleibt unberührt (Wegfall d. gemeinsamen Antragsstellung). Diese Anträge auf Prüfung der Verordnungsweise sind in der Regel innerhalb von einem Jahr nach Abschluss des zu prüfenden Quartals zu stellen.

Beim Sprechstundenbedarf soll sich der Antrag auf den Zeitraum eines Kalenderjahres beziehen und in der Regel innerhalb von einem Jahr nach Ablauf des zu prüfenden Kalenderjahres gestellt werden.

(4) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Vertragsarzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte eine Mitteilung über die Gründe der eingeleiteten Prüfung sowie Gelegenheit eine Stellungnahme einzureichen und seine Praxisbesonderheiten darzulegen.

(5) Bei einer Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten stellt die Prüfungsstelle fest, ob nach dem Maßstab des § 14 Abs. 6 Unwirtschaftlichkeit vorliegt, und entscheidet über die gebotene Maßnahme.

Die beschlossenen Prüfmaßnahmen gelten für alle Krankenkassen, für die ein Prüfantrag gestellt wird.

(6) Die Prüfungsstelle kann

1. einen Hinweis (schriftliche Beratung des Vertragsarztes) aussprechen und/oder
2. eine Nachforderung beschließen.

Dabei soll nach Maßgabe des Abs. 8 die gezielte Beratung im Regelfall dem Regress vorgehen.

(7) Die Prüfungsstelle soll einen Hinweis (schriftliche Beratung) vor einer Nachforderung als Prüfungsmaßnahme beschließen, wenn die durchschnittliche Höhe der Verordnungskosten des Arztes je Behandlungsfall unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten nicht in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den entsprechenden Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe steht und die Umstände des Einzelfalles erwarten lassen, dass eine Beratung für die Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise in Zukunft erfolgversprechend ist.

(8) Die Prüfungsstelle soll eine möglichst umgehende persönliche Beratung des Vertragsarztes beschließen, wenn der Vertragsarzt erstmalig die Verordnungskosten seiner Vergleichsgruppe in größerem Ausmaß überschreitet, es sei denn, ein besonders hohes Maß an Unwirtschaftlichkeit lässt eine Beratung allein nicht als angemessen erscheinen.

(9) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass das Prüfverfahren einzustellen ist, wenn sich im Laufe der Prüfung ergibt, dass maximal eine Nachforderungssumme von 400,00 Euro je Quartal zustande kommt.

(10) Hält die Prüfungsstelle eine Nachforderung für erforderlich, so hat sie nach folgenden Grundsätzen zu verfahren:

1. Sie setzt eine auf einer Schätzung beruhende Nachforderung fest, wenn die durchschnittliche Höhe der Verordnungskosten des Arztes je Behandlungsfall den Durchschnittswert der Vergleichsgruppe in einem Umfang überschreitet, der Unwirtschaftlichkeit vermuten lässt, ohne dass bereits ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt, und die Unwirtschaftlichkeit sich durch eine Prüfung anhand einer die Verordnungsweise des Arztes genügend beleuchtenden Zahl von Beispielen nachweisen lässt. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage der Schätzung für die Nachforderung.
2. Steht die durchschnittliche Höhe der Verordnungskosten des Arztes je Behandlungsfall in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den entsprechenden Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe, setzt die Prüfungsstelle eine auf einer Schätzung beruhende Nachforderung fest.
3. Nachforderungen nach den Nrn. 1 und 2 sind nicht zulässig, soweit ein Mehraufwand durch Minderaufwendungen bei anderen Leistungen im ursächlichen Zusammenhang

ausgeglichen wird. Entsprechendes gilt, soweit ein Mehraufwand gegenüber den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe des Arztes durch Besonderheiten seiner Praxis gerechtfertigt ist. Minderaufwendungen und Praxisbesonderheiten sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie aus den der Prüfungsstelle vorliegenden Unterlagen erkennbar oder in anderer Weise nachgewiesen sind.

4. Ergibt die Prüfung nur eine Unwirtschaftlichkeit in einzelnen Behandlungsfällen, beschränkt sich die Höhe der Nachforderung auf den tatsächlich festgestellten unwirtschaftlichen Mehraufwand in diesen Behandlungsfällen.

§ 21 Prüfung auf Unwirtschaftlichkeit im Einzelfall

(1) Auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland prüft die Prüfungsstelle gemäß § 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V auch, ob der Vertragsarzt bzw. die sonstige betroffene Institution nach § 1 Abs. 3 in Einzelfällen

- a. unwirtschaftliche Behandlungsleistungen abgerechnet hat
- b. durch Veranlassung von Auftragsleistungen, Verordnung von Leistungen nach § 14 Abs. 1 Buchstaben a bis l oder bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat
- c. bei Verordnungen in ungerechtfertigter Weise Rechtsverordnungen oder Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen unbeachtet gelassen hat.

(2) Der Antrag ist spätestens vier Jahre nach Abschluss des Quartals, in dem die Unwirtschaftlichkeit gemäß Abs. 1 Buchstaben a bis c eingetreten ist, je Vertragsarzt bzw. je sonstige Institution nach § 1 Abs. 3 bei der Prüfungsstelle schriftlich einzureichen und zu begründen. Der Antrag soll zur Verfahrensbeschleunigung und effektiven Verfahrensdurchführung möglichst innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Abschluss des Quartals, in dem die Unwirtschaftlichkeit eingetreten ist, eingereicht und innerhalb von zwei Monaten nach Antragsstellung begründet werden. Die für die Prüfung notwendigen Unterlagen sind jeweils beizufügen; die Höhe der als unwirtschaftlich abgerechneten bzw. ungerechtfertigt

veranlasst/verordneten vermuteten Kosten sind im Rahmen der Antragsstellung/Begründung anzugeben.

(3) Ein Antrag ist ausgeschlossen, wenn der vermutete Gesamtschadensbetrag je Quartal und Behandlungsfall die Bagatellgrenze von 50 € nicht überschreitet. Abweichend von Satz 1 ist ein Antrag zulässig, wenn die Kosten von unzulässigen/fehlerhaften Verordnungen eines Vertragsarztes bzw. einer sonstigen Institution nach § 1 Abs. 3 für mehrere Versicherte über mehrere gleiche Mittel/Wirkstoffe/Maßnahmen der gleichen Leistungsart* in der Addition den Betrag von 150 € je Quartal, oder für einen Versicherten in einem Jahreszeitraum, überschreiten.

(4) Verordnungen, die durch die Krankenkassen genehmigt wurden, sind nur insoweit in die Einzelfallprüfung einzubeziehen, als begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des Ordnungsverhaltens im jeweiligen Verordnungsbereich insgesamt vorgebracht werden.

*) Unter Leistungsarten in diesem Sinne sind z.B. Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, sog. Medizinprodukte, Krankenfahrten usw. zu verstehen.

§ 22 Feststellung eines sonstigen Schadens

(1) Auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen wird der sonstige durch einen Vertragsarzt oder die Personen, für die dieser haftet, oder durch eine sonstige Institution nach §1 Abs. 3 oder die Personen, für die diese haftet, verursachte Schaden, der einer Krankenkasse aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die nicht bereits unmittelbar Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V sind (hierunter fallen auch Verordnungen von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, und Verordnungen, die gegen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V verstoßen, sowie die Nichtbeachtung von Verfahrensmodalitäten bei der Ausstellung von Verordnungen), oder aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen entsteht, durch die Prüfungsstelle festgestellt.

(2) Der Antrag ist spätestens vier Jahre nach Abschluss des Quartals, in dem der Schaden eingetreten ist, je Vertragsarzt bzw. je sonstige Institution nach §1 Abs. 3 bei der Prüfungsstelle schriftlich einzureichen und zu begründen. Der Antrag soll zur Verfahrensbeschleunigung und effektiven Verfahrensdurchführung möglichst innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Abschluss des Quartals, in dem der Schaden eingetreten ist, eingereicht und

innerhalb von zwei Monaten nach Antragsstellung begründet werden. Die für die Prüfung notwendigen Unterlagen sind jeweils beizufügen; die Höhe des vermuteten Schadens ist im Rahmen der Antragsstellung/Begründung anzugeben. Der betroffene Vertragsarzt ist durch die Prüfungsstelle unverzüglich zu dem Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens zu hören.

(3) Ein Antrag ist ausgeschlossen, wenn der vermutete Gesamtschadensbetrag je Quartal und Behandlungsfall die Bagatellgrenze von 50 € nicht überschreitet. Abweichend von Satz 1 ist ein Antrag zulässig, wenn die Kosten von unzulässigen/fehlerhaften Verordnungen eines Vertragsarztes bzw. einer sonstigen Institution nach § 1 Abs. 3 oder mehrere Versicherte über mehrere gleiche Mittel/Wirkstoffe/Maßnahmen der gleichen Leistungsart* in der Addition den Betrag von 150 € je Quartal, oder für einen Versicherten in einem Jahreszeitraum, überschreiten.

(4) Auf Antrag der Krankenkasse kann mit Zustimmung des Vertragsarztes der Schadenersatzanspruch auch durch die Kassenärztliche Vereinigung festgestellt und im Wege der Aufrechnung gegen den Honoraranspruch erfüllt werden.

(5) In Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind, findet ein Vorverfahren nicht statt. In diesen Fällen ist nach der Entscheidung der Prüfungsstelle der Klageweg direkt eröffnet.

*) Unter Leistungsarten in diesem Sinne sind z. B. Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, sog. Medizinprodukte, Krankenfahrten usw. zu verstehen.

§ 23 Umsetzung der Prüfergebnisse

(1) Die beschlossene Honorarnachforderung wird durch die KVS mit den Honorarforderungen des jeweils nächsten Auszahlungsquartals verrechnet, wenn die Entscheidung der Prüfeinrichtung kraft Gesetzes oder besonderer Anordnung sofort vollziehbar ist. Für Nachforderungen aufgrund der Prüfung von vertragsärztlich verordneten und veranlassten Leistungen gilt dies entsprechend.

Soweit eine Aufrechnung nicht möglich ist, weil Honorarforderungen des Vertragsarztes gegen die Kassenärztliche Vereinigung nicht mehr bestehen, tritt die Kassenärztliche

Vereinigung den Anspruch auf Regress- und Schadenersatzbeträge auf Basis des § 52 BMV-Ä an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung ab.

(2) Die Prüfungsstelle informiert die Vertragspartner quartalsweise über die definitiv fällige Nachforderung mit folgendem Inhalt:

- a. Benachrichtigungen betreffend statistische Prüfungen nach §14 Abs. 2 Punkt 1-4:
Betriebsstättennummer (BSNR)
Aktenzeichen (Vorgangsnummer)
Prüfungsart und Prüfzeitraum
Nachforderungsbetrag an die Verbände der Krankenkassen
- b. Benachrichtigungen hinsichtlich Prüfungen nach §14 Abs. 1 Punkt 5 und 6:
Betriebsstättennummer (BSNR)
Aktenzeichen (Vorgangsnummer)
Prüfungsart und Prüfzeitraum
Nachforderungsbetrag an die Antrag stellende Krankenkasse

Diese Regelung gilt für den Beschwerdeausschuss entsprechend.

(3) Von den Prüfungsgremien festgestellte Nachforderungen aufgrund von Prüfungen nach § 14 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 sowie anderen statistischen Prüfungen nach Abs. 5 sind auf die beteiligten Krankenkassen entsprechend der Anzahl der Behandlungsfälle aufzuteilen.

Hierbei werden Ergebnisse aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechneter Leistungen und/oder Kosten bei der Ermittlung des der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Krankenkasse zugrunde liegenden Punktzahlvolumens (Behandlungsbedarf) berücksichtigt. Sie führen dann zu einer Minderung der Zahlungspflicht der Krankenkasse, wenn für das entsprechende Jahr weniger Leistungen erbracht werden, als in der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugrunde gelegt wurden. Ergebnisse aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen für über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnete Leistungen und/oder Kosten außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung fließen an die Krankenkassen zurück.

Ergebnisse aus Prüfungen nach § 14 Abs. 2 Nrn. 5 bis 6 und Abs. 3 werden den Krankenkassen, denen der Schaden entstanden ist, gut gebracht.

Die Verrechnung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland über das Formblatt 3 Konto 395/396/399. Die KVS schlüsselt die abgesetzten Nachforderungsbeträge nach Aktenzeichen (Vorgangsnummer) des Prüfverfahrens als Anlage zum Formblatt 3 auf.

§ 24 Inkrafttreten, Kündigung, salvatorische Klausel

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2017 in Kraft. Anlage 7 tritt mit der jeweiligen Arznei-, Verbandmittel und Heilmittelvereinbarung nach § 84 SGB V in Kraft.

(2) Diese Vereinbarung kann von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland oder den Verbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

(3) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung rechtsunwirksam sein oder werden, so folgt daraus nicht die Rechtsunwirksamkeit der gesamten Vereinbarung. Es erfolgt eine Anpassung der unwirksamen Bestimmung an die gesetzliche Vorschrift, die dem Willen der Vertragspartner am nächsten kommt.

Saarbrücken, den 01.01.2017

Kassenärztliche Vereinigung
Saarland

AOK Rheinland-Pfalz / Saarland
Die Gesundheitskasse
Landesdirektion Saarland

San.-Rat Dr. Gunter Hauptmann
Vorsitzender des Vorstandes

Christiane Firk
Landesgeschäftsführerin

BKK Landesverband Mitte, Hannover

IKK Südwest

Armin Schimsheimer
Regionalvertreter Rheinland-Pfalz
und Saarland

Prof. Dr. Jörg Loth
Vorstand

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG) als
Landwirtschaftliche Krankenkasse

Verband der Ersatzkassen e.V.

Detlef Oesterwinter

Martin Schneider
Der Leiter der Landesvertretung
Saarland

Knappschaft,
Regionaldirektion Saarbrücken

Armin Beck
Leiter der Regionaldirektion

Anlage 1 „Datenlieferung der KVS“

I. Datenlieferung für die Stichprobenprüfung nach § 16

Für die Zufälligkeitsprüfung nach § 106a SGB V erstellt die Kassenärztliche Vereinigung aus den Abrechnungsdaten für die aufgrund der in die Stichprobenprüfung einbezogenen Vertragsärzte je Behandlungsfall einen Datensatz gemäß Abschnitt 5 § 16 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträger (Anlage 6 BMV) in der jeweils geltenden Fassung und übermittelt diesen an die Prüfungsstelle.

II. Datenlieferung für die Richtgrößenprüfung nach § 17

Für die arztbezogene Richtgrößenprüfung übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung aus den Abrechnungsunterlagen der Vertragsärzte für jedes Quartal einen Datensatz gemäß Abschnitt 4 § 12 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträger (Anlage 6 BMV) nach Status (M, F, R, G) und nach altersgemäß gegliederten Patientengruppen in der jeweils geltenden Fassung und übermittelt diesen an die Prüfungsstelle.

Es gelten bei den Fallzahlen die Aufteilung nach vier Altersgruppen:

Altersgruppe A	0-15 Jahre
Altersgruppe B	16-49 Jahre
Altersgruppe C	50-64 Jahre
Altersgruppe D	>65 Jahre
Gesamt (G)	Gesamtfallzahl

III. Datenlieferung für die Prüfung nach Durchschnittswerten nach §§ 19 und 20

Nach sachlich-rechnerischer Prüfung legt die Kassenärztliche Vereinigung Saarland der Prüfungsstelle für alle Kassenarten zusammengefasst je Abrechnungsquartal folgende Statistik vor:

1. Betriebsstättennummer (BSNR)
2. Anzahl der Behandlungsfälle in der Aufteilung M, F, R, G und nach Altersgruppen nach Punkt II. und Angabe der jeweiligen Abweichung in v.H.,
davon die Anzahl der
- Überweisungsfälle,

- Notfall- und Vertreterfälle,
jeweils in der Aufteilung M, F, R, G und nach Altersgruppen nach Punkt II. und Angabe der jeweiligen Abweichung in v.H.,
- 3. Anzahl der Überweisungen an andere Ärzte und Angabe der jeweiligen Abweichung in v.H.
- 4. Anzahl der Abrechnungsfälle - aufgliedert nach folgenden Leistungsarten:
 - a) kurativ - ambulant;
 - b) kurativ - stationär;
 - c) Sonstige Hilfen - ambulant;
 - d) Sonstige Hilfen - stationär;
 - e) Mutterschaftsvorsorgejeweils getrennt nach M, F, R, G und nach Altersgruppen nach Punkt II. und Angabe der jeweiligen Abweichung in v.H.,
- 5. durchschnittliche Anzahl der Fälle der Vergleichsgruppe in der Aufgliederung nach den Nrn. 2 und 4,
- 6. Leistungsgruppenübersicht je Arzt und Vergleichsgruppe mit Angabe der jeweiligen Abweichungen in v.H., möglichst in der Aufgliederung nach Nr. 2,
- 7. Frequenzstatistiken mit folgenden Angaben:
 - 7.1 Häufigkeit der nach der jeweils gültigen vertragsärztlichen Gebührenordnung abgerechneten Leistungen absolut und bezogen auf 100 Behandlungsfälle je Vertragsarzt und Vergleichsgruppe,
 - 7.2 fallbezogene Punktzahl je Gebührenposition,
 - 7.3 im Vergleich zu 7.1 durchschnittliche Häufigkeit der Gebührenordnungspositionen auf 100 Behandlungsfälle bezogen auf die Zahl der die jeweilige Gebührenordnungsposition abrechnenden Ärzte der Vergleichsgruppe,
 - 7.4 Abweichung der Häufigkeit der Gebührenordnungsposition auf 100 Behandlungsfälle zu den ausführenden Ärzten der Vergleichsgruppe,
- 8. Arztnummern der überweisenden Ärzte in Überweisungsfällen

**Anlage 2 A Datenlieferung Arzneimittel durch die Kassenverbände
für die gemeinsame Arzneimittelstatistik:**

Es gelten die jeweils vereinheitlichten Satzformate zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (DZS-VSW) unter Berücksichtigung des aktuellen DTA-Vertrags. Aus dieser Datenlieferung (Key-Daten) werden Verordnungsstatistiken ggf. Hitlisten verordneter Mittel erstellt.

VSW-KEY-AM Daten - Arzneimittel

Nr.	Bezeichnung
0	Datensatzversion
1	Arztnummer
2	Betriebsstättennummer
3	Verordnungsquartal
4	IK der Krankenkasse
5	Versichertenstatus oder Altersgruppe
6	Anzahl Einzelverordnungen
7	PZN
8	Gesamtfaktor
9	Gesamtbrutto
10	Gesamtzuzahlung
11	Gesamtnetto

**Anlage 2 B Datenlieferung Arzneimittel durch die Kassenverbände
für die gemeinsame Arzneimittelstatistik für Prüfzwecke:**

Es gelten die jeweils vereinheitlichten Satzformate zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (DZS-VSW) unter Berücksichtigung des aktuellen DTA-Vertrags. Diese Datenlieferung (Blatt-Daten) erfolgt nur bei statistisch auffälligen Ärzten/Praxen.

VSW-Blatt-AM-2-Arzneimittel

Nr	Bezeichnung
0	Datensatzversion
1	Arztnummer
2	Betriebsstättennummer.
3	Verordnungsquartal
4	IK der Krankenkasse
5	Versichertenstatus oder Altersgruppe
6	Belegnummer
7	Rezeptdatum
8	Versichertennummer
9	Geburtsdatum
10	Gesamtbrutto
11	Gesamtzuzahlung
12	Gesamtnetto
13	PZN-Schlüssel 1
14	Faktor 1
15	Positionsbrutto 1
16	Positionsnetto 1
17	Herstellerrabatt 1

53	PZN-Schlüssel 9
54	Faktor 9
55	Positionsbrutto 9
56	Positionsnetto 9
57	Herstellerrabatt 9

**Anlage 3 A Datenlieferung Heilmittel durch die Kassenverbände
für die gemeinsame Heilmittelstatistik:**

Es gelten die jeweils vereinheitlichten Satzformate zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (DZS-VSW) unter Berücksichtigung des aktuellen DTA-Vertrags. Aus dieser Datenlieferung (Key-Daten) werden Verordnungsstatistiken ggf. Hitlisten verordneter Mittel erstellt.

VSW-KEY-HEI Daten Heilmittelmittel

Nr.	Bezeichnung
0	Datensatzversion
1	Arztnummer
2	Betriebsstättennummer
3	Verordnungsquartal
4	IK der Krankenkasse
5	Versichertenstatus oder Altersgruppe
6	Anzahl Heilmittel
7	Heilmittelpositionsnummer
8	Gesamtfaktor
9	Gesamtbrutto
10	Gesamtnetto

**Anlage 3 B Datenlieferung Heilmittel durch die Kassenverbände
für die gemeinsame Heilmittelstatistik für Prüfzwecke:**

Es gelten die jeweils vereinheitlichten Satzformate zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (DZS-VSW) unter Berücksichtigung des aktuellen DTA-Vertrags. Diese Datenlieferung (Blatt-Daten) erfolgt nur bei statistisch auffälligen Ärzten/Praxen.

VSW-Blatt-HEI-3 Heilmittel

Nr	Bezeichnung
0	Datensatzversion
1	Arztnummer
2	Betriebsstättennummer
3	Verordnungsquartal
4	IK der Krankenkasse
5	Versichertenstatus oder Altersgruppe
6	Belegidentifikation
7	Heilmittelblattdatum
8	Versichertennummer
9	Geburtsdatum
10	Indikationsschlüssel
11	Art der Genehmigung
12	Kennzeichen Verordnungsart
13	Diagnose 1
14	Diagnose 2
15	Diagnose 3
16	Diagnose 4
17	Diagnose 5
18	Gesamtbrutto
19	Gesamtzuzahlung prozentual
20	Pauschalzuzahlung
21	Gesamtnetto
22	Leistungsschlüssel 1
23	Faktor 1
24	Positionsbrutto 1
25	Positionsnetto 1
	...
138	Leistungsschlüssel 30
139	Faktor 30
140	Positionsbrutto 30
141	Positionsnetto 30

Anlage 4 A Datenlieferung Sprechstundenbedarf durch die Kassenverbände für die gemeinsame Sprechstundenbedarfsstatistik

Es gelten die jeweils vereinheitlichten Satzformate zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (DZS-VSW) unter Berücksichtigung des aktuellen DTA-Vertrags. Aus dieser Datenlieferung werden Verordnungsstatistiken ggf. Hitlisten verordneter Mittel erstellt.

VSW-KEY-SSB Daten Version

Nr.	Bezeichnung
0	Datensatzversion
1	Arztnummer
2	Betriebsstättennr.
3	Verordnungsquartal
4	PZN
5	Anzahl Einzelverordnungen
6	Gesamtbrutto
7	Gesamtnetto

**Anlage 4 B Datenlieferung Sprechstundenbedarf durch die Kassenverbände
für die gemeinsame Sprechstundenbedarfsstatistik für Prüfzwecke**

Es gelten die jeweils vereinheitlichten Satzformate zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (DZS-VSW) unter Berücksichtigung des aktuellen DTA-Vertrags. Diese Datenlieferung erfolgt nur bei statistisch auffälligen Ärzten/Praxen.

VSW-Blatt-SSB Sprechstundenbedarf

Nr	Bezeichnung
0	Datensatzversion
1	Arztnummer
2	Betriebsstättennr.
3	Verordnungsquartal
4	PZN
5	Verordnungsdatum
6	Belegnummer
7	Rezeptdatum
8	Versichertennummer
9	Geburtsdatum
10	Gesamtbrutto
11	Gesamtzuzahlung
12	Gesamtnetto
13	PZN-Schlüssel 1
14	Faktor 1
15	Positionsbrutto 1
16	Positionsnetto 1
17	Herstellerrabatt 1

53	PZN-Schlüssel 9
54	Faktor 9
55	Positionsbrutto 9
56	Positionsnetto 9
57	Herstellerrabatt 9

Anlage 5 Nachforderungsberechnung zur Richtgrößenprüfung

<u>Berechnung der Nachforderung - Richtgrößenprüfung</u>	Betrag
Richtgrößenvolumen brutto	
Richtgrößenvolumen brutto plus 25%	
belegte Verordnungskosten nach Pharmazentralnummern (PZN)	
<u>Einsparungen durch Rabattverträge § 130a Abs. 8 (tatsächlich gemeldete Kosten):</u>	
Verband der Krankenkasse 1	
Verband der Krankenkasse 2	
Verband der Krankenkasse 3	
Verband der Krankenkasse 4	
Verband der Krankenkasse 5	
Verband der Krankenkasse 6	
Gesamtbetrag Rabattverträge § 130a Abs. 8 zur Berücksichtigung	
belegte Bruttoverordnungskosten nach PZN gesamt bereinigt um Rabattverträge §130a Abs. 8	
Bruttoverordnungskosten abzügl. Prozentsatz (gesetzliche Rabatte, praxisindividuell)	
Zuzahlung	
Nettokosten (Bruttoverordnungskosten abzügl. gesetzl. Rabatte / abzügl. Zuzahlung)	
Nettoquote	
belegte Bruttoverordnungskosten PZN gesamt bereinigt um Rabattverträge	
prüfrelevante Bruttoverordnungskosten gesamt	
Praxisbesonderheiten:	
Kosten laut	
Kosten laut	
Kosten Leitsubstanzquoten erfüllt	
individuelle Besonderheiten	
zum Abzug werden gebracht:	
Bereinigte Bruttoverordnungskosten	
(Bruttoverordnungskosten abzüglich Praxisbesonderheiten)	
Überschreitung des Richtgrößenvolumens brutto	
Überschreitung des Richtgrößenvolumens brutto plus 25%	
Nachforderungsbetrag (bereinigte Bruttoverordnungskosten x Nettoquote)	

Anlage 6

Praxisbesonderheiten zur Berücksichtigung bei der Richtgrößenprüfung

Erreicht ein Arzt für den überwiegenden Anteil der von ihm verordneten Arzneimittelgruppen nach § 4 der Arznei-, Verband- und Heilmittelvereinbarung den vereinbarten Zielanteil der Leitsubstanz bzw. Verordnungshöchst- und -mindestquoten, so wird er für diese Arzneimittelgruppen mit Zielerreichung aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung befreit.

Die Anerkennung ist auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 12 und 70 SGB V und der Arzneimittel-Richtlinie begrenzt.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit setzt in jedem Fall voraus, dass die Arzneimittel im Rahmen ihrer arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt werden (kein Off-label-use)

Indikation	ATC Gruppen bzw. PZN	Wirkstoffe
Therapie des Morbus Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase	A16AB02 A16AB01	Imiglucerase Alglucerase
Agalsidase alfa und beta zur Behandlung des Morbus Fabry	A16AB03 A16AB04	Agalsidase alfa Agalsidase beta
Hormonelle Behandlung und in-vitro-Fertilisation bei Sterilität	G03G	Gonadotropine und andere Ovulationsauslöser
Therapie bei MS***	L03AB07 L03AB08 L04AA27 L04AA23 L01DB07 L04AA31 N07XX09 L03AX13	Interferon-beta-1a Interferon-beta-1b Fingolimod Natalizumab Mitoxantron Teriflunomid Dimethyl fumerat Glatirameracetat
Interferon-Therapie bei Hepatitis B, Behandlung der Hepatitis C	J05AB04, L03AB04/05/09/10/11 J05AX15 J05AX14 J05AX16 J05AX65 J05AX67	Ribavirin, Interferon-alfa-2a/b, Interferon alfacon-1, Peginterferon alfa-2b/a Sofosbuvir Daclatasvir Dasabuvir Sofosbuvir und Ledipasvir Ombitasvir, Paritaprevir und Ritonavir
Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	R05CB13	Dornase alfa (Desoxyribonuclease)
Arzneimitteltherapie der terminalen Niereninsuffizienz	B03XA	Andere Antianämika
Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger	N07BC PZN 9999086 PZN 02567107 PZN 02567113 PZN 02567136	Mittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit: Buprenorphin, Methadon, Levomethadon, Buprenorphin Kombinationen Methadon-Zubereitungen, L-Polamidon-Einzeldosen Subutex-Einzeldosen Suboxone-Einzeldosen
Wachstumshormon-Behandlung bei	H01AC01	Somatropin

Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs**		
Tumorthherapie mit Fertigarzneimitteln	H01CB02 L01A L01B L01CA L01CB L01D L01X außer L01XX33 (Celecoxib) L02AE L02B - L04AX04	Octreotid Alkylierende Mittel Antimetabolite Vinka-Alkaloide und Analoga Podophyllotoxin-Derivate Zytotoxische Antibiotika und verwandte Substanzen Andere antineoplastische Mittel Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga Hormonantagonisten und verwandte Mittel Lenalidomid
Tumorthherapie mit Rezepturzubereitungen, soweit nicht als Fertigarzneimittel günstiger erhältlich	PZN 9999092 PZN 09999152 PZN 02567461 PZN 02567478	Falls der Prüfungsstelle noch andere PZN bekannt werden, können diese ebenfalls anerkannt werden.
Antivirale Therapie (z. B. HIV) zur systemischen Anwendung	J05AB J05AE J05AF J05AG J05AR	Nukleoside und Nukleotide exkl. Inhibitoren der Reversen Transkriptase Proteasehemmer Inhibitoren der reversen Transkriptase Nicht-Nukleosidale Inhibitoren der Reversen Transkriptase Antivirale Mittel zur HIV-Behandlung, Kombinationen
Insuline + BZT bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus ***	A10A, Teststreifen: Liste mit PZN	Insuline
Therapie mit Tumornekrosefaktor-Alpha-Inhibitoren ***	L04AB */**	Etanercept, Infliximab, Adalimumab, Certolizumabpegol, Golimumab
Palivizumab	J06BB16	Palivizumab
Medikamentöse Behandlung des Parkinson-Syndroms	N04	Antiparkinsonmittel (keine Arzneimittel zur Behandlung des Restless leg-Syndrom, z.B. Restex®)
Antiepileptika (ohne die Wirkstoffe Gabapentin und Pregabalin)	N03	Antiepileptika
Opioide	N02AA außer Oxycodon + Naloxon (N02AA25, N02AA55), außer N02AX06 (Tapentadol) N02AB N02AE01	Natürliche Opium-Alkaloide Phenylpiperidin-Derivate Buprenorphin
Enzymtherapie bei weiteren seltenen Krankheiten	A16AB02 A16AB03 A16AB05 A16AB09 A16AB10 A16AB13	Imiglucerase Agalsidase alfa Laronidase Idursulfase Velaglucerase Asfotase alfa
Immunsuppressive Therapie	L04AA L04AD01 L04AD02	Selektive Immunsuppressiva Ciclosporin Tacrolimus

	L04AC	Interleukin-Inhibitoren
Behandlung der feuchten, altersbedingten Makuladegeneration (AMD)	S01LA	Antineovaskuläre Mittel
Behandlung mit Bisphosphonaten bei Knochenmetastasen	M05BX04 M05BA08 M05BA02 M05BA06 M05BA03	Denosumab Zoledronsäure Clodronsäure Ibandronsäure Pamidronsäure
Spezielle Antibiotikatherapie	J01XX08	Linezolid (gemäß der Fachinformation für eine maximale Therapiedauer von 28 Tagen)
Behandlung der pulmonalen Hypertonie	C02KX	Bosentan, Ambrisentan, Sitaxentan, Macitentan, Riociguat, Sildenafil, Tadalafil, Iloprost
Blutgerinnungsfaktoren	B02BD	
Sera, Immunglobuline	J06BA	Immunglobuline, normal human, zur extra- und intravasalen Anwendung
Kosten für die Hyposensibilisierung***	V01A	
Kosten für parenterale Ernährung	B05BA PZN 09999100	Falls der Prüfungsstelle noch andere PZN bekannt werden, können diese ebenfalls anerkannt werden.
Kosten für Sondennahrung	Liste mit PZN	

* Relation zu Basistherapeutika gemäß Therapiehinweis beachten

** DDD-Kosten vergleichen

*** Die Quantifizierung der durch die Prüfungseinrichtungen anerkannten Praxisbesonderheiten für die Bereiche Therapie bei MS, Insuline + BZT, Therapie mit TNF-Alfa-Inhibitoren und Hyposensibilisierung ist in der Regel auf die Höhe der dadurch gegenüber der Vergleichsgruppe bedingten Mehrkosten je Fall zu begrenzen.

Anlage 7
Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele

Das Nähere wird in den jeweiligen Arznei-, Verband- und Heilmittelvereinbarungen
nach § 84 SGB V geregelt.