

**Vereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der
vertragsärztlichen Versorgung (Prüfvereinbarung)
(§ 106 Abs. 3 SGB V)**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

und

der AOK – Die Gesundheitskasse im Saarland

dem BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland

der Knappschaft – Verwaltungsstelle Saarbrücken

der IKK Südwest-Direkt

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg

- vertreten durch die Landesvertretung Saarland -

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

- vertreten durch die Landesvertretung Saarland -

Inhaltsverzeichnis

<u>PRÄAMBEL</u>	4
------------------------	----------

Allgemeiner Teil / Geschäftsordnung:

<u>§ 1 GRUNDSATZ</u>	5
-----------------------------	----------

<u>§ 2 AUSSCHÜSSE ZUR PRÜFUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT</u>	5
---	----------

<u>§ 3 ZUSAMMENSETZUNG DER AUSSCHÜSSE; AMTSDAUER UND RECHTSSTELLUNG DER MITGLIEDER</u>	5
---	----------

<u>§ 4 VORSITZ, BESCHLUSSFÄHIGKEIT</u>	7
---	----------

<u>§ 5 GESCHÄFTSSTELLE</u>	8
-----------------------------------	----------

<u>§ 6 VERFAHREN VOR DEM PRÜFUNGSAUSSCHUSS</u>	9
---	----------

<u>§ 7 WIDERSPRUCH UND ABHILFE</u>	11
---	-----------

<u>§ 8 VERFAHREN VOR DEM BESCHWERDEAUSSCHUSS</u>	12
---	-----------

<u>§ 9 MITWIRKUNGSPFLICHT DES VERTRAGSARZTES</u>	12
---	-----------

<u>§ 10 PRÜFDATEI</u>	12
------------------------------	-----------

<u>§ 11 EINLEITUNG VON VERFAHREN</u>	13
---	-----------

Besonderer Teil / Prüfarten u. Prüfmethoden:

<u>§ 12 ARTEN DER WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG</u>	14
---	-----------

<u>§ 13 ARZTBEOZOGENE PRÜFUNG BEI ÜBERSCHREITUNG VON RICHTGRÖßENVOLUMINA (AUFFÄLLIGKEITSPRÜFUNG)</u>	15
---	-----------

<u>§ 14 PRÜFUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT AUF DER GRUNDLAGE VON STICHPROBEN</u>	17
---	-----------

<u>§ 15 STATISTISCHE DATEN FÜR DIE QUARTALSWEISE PRÜFUNG NACH DURCHSCHNITTSWERTEN</u>	19
--	-----------

<u>§ 16 AUSWAHL ZUR PRÜFUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN BEHANDLUNGSWEISE NACH DURCHSCHNITTSWERTEN</u>	22
---	-----------

<u>§ 17</u>	<u>PRÜFUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN BEHANDLUNGSWEISE NACH DURCHSCHNITTSWERTEN</u>	24
<u>§ 18</u>	<u>PRÜFUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERORDNUNGSWEISE NACH DURCHSCHNITTSWERTEN</u>	26
<u>§ 19</u>	<u>FESTSTELLUNG EINES SONSTIGEN SCHADENS</u>	30
<u>§ 20</u>	<u>INKRAFTTRETEN, KÜNDIGUNG, SALVATORISCHE KLAUSEL</u>	31
	<u>PROTOKOLLNOTIZ ZU § 2</u>	33
	<u>ANLAGE 1 „VERORDNUNGSDATEN“</u>	34

Präambel

(1) Diese Prüfvereinbarung regelt gemäß § 106 Abs. 3 Satz 1 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. Die Prüfvereinbarung findet Anwendung für die vertragsärztliche Tätigkeit der im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zugelassenen Ärzte, ermächtigten Ärzte, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen, medizinische Versorgungszentren (MVZ), Hochschulambulanzen, 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), im folgenden Vertragsarzt genannt. Die Vereinbarung gilt auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen (§ 106 Abs. 6 Satz 1 SGB V).

(2) Nach § 106 SGB V erfolgt die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung 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 Kasssenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gemäß § 106a Abs. 6 Satz 1 SGB V gelten die in dieser Prüfvereinbarung festgelegten Antragsfristen nicht.

Allgemeiner Teil / Geschäftsordnung:

§ 1 Grundsatz

(1) Über die Einhaltung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung entscheiden die Prüfungseinrichtungen nach § 2.

(2) Beteiligte am Verfahren vor dem Prüfungs- sowie dem Beschwerdeausschuss sind

- a) der betroffene Vertragsarzt,
- b) die betroffene(n) Krankenkasse(n) und / oder deren Verband / Verbände,
- c) die Kassenärztliche Vereinigung Saarland.

§ 2 Ausschüsse zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Partner dieser Vereinbarung einen Prüfungs- und einen Beschwerdeausschuss. Über die Einrichtung von Kammern ist zwischen den Partnern dieser Vereinbarung Einvernehmen herzustellen. Die Zuständigkeit der Ausschüsse/Kammern regeln die Partner dieser Vereinbarung (siehe Protokollnotiz).

§ 3 Zusammensetzung der Ausschüsse; Amtsdauer und Rechtsstellung der Mitglieder

(1) Die Ausschüsse bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden und jeweils drei Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen. Es sind Stellvertreter in ausreichender Zahl zu benennen.

(2) Mitglieder der Prüfungsausschüsse können nicht gleichzeitig Mitglied des Beschwerdeausschusses sein. Wer vorher als Mitglied eines Prüfungsausschusses tätig geworden ist, darf nicht in derselben Sache als Mitglied des Beschwerdeausschusses tätig werden.

(3) Die Amtsperiode der Mitglieder der Prüfungsgremien beträgt zwei Jahre und endet erstmals am 31.12.2005. 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 Geschäftsstelle nach § 5 dieser Vereinbarung zu informieren.

(4) 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 .

(5) Die Mitglieder der Ausschüsse üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie sind bei Ausübung ihres Amtes gegenüber den sie entsendenden Organisationen fachlich nicht weisungsgebunden; dies gilt nicht bei Entscheidungen nach § 4 Abs. 4 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung vom 05.01.2004 in der jeweils aktuellen Fassung. Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten, die Rechte und Pflichten eines Mitglieds.

(6) Die Mitglieder der Ausschüsse sind verpflichtet an den Sitzungen teilzunehmen; bei Verhinderung haben sie die Geschäftsstelle zu benachrichtigen

(7) Die Mitglieder der Prüfungsgremien 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.

(8) Stellen die Ausschüsse 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.

(9) Die Mitglieder der Prüfungsgremien haben Anspruch auf Aufwandsentschädigungen und Erstattung ihrer baren 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. *

(10) Die Vergütung der unabhängigen Vorsitzenden richtet sich nach den mit diesen abgeschlossenen Vereinbarungen.

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

§ 4 Vorsitz, Beschlussfähigkeit

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

(2) Die Ausschüsse 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 Ausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit. Stimmenthaltungen der Ausschussmitglieder sind nicht zulässig.

§ 5 Geschäftsstelle

(1) Die Geschäfte der Prüfungsgremien werden von einer Geschäftsstelle geführt.

(2) Die Geschäftsstelle hat insbesondere:

1. im Auftrag des Vorsitzenden mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu Ausschusssitzungen zu laden und die Vorlagen nach § 106 Abs. 4a Satz 7 SGB V zu übersenden,
2. das Protokoll der Sitzungen zu führen,
3. die Entwürfe der Niederschriften und Entwürfe der Bescheide zu erstellen,
4. Stellungnahmen zu Verfahren, Niederschriften und Bescheide sowie die Sitzungsprotokolle zu versenden,
5. die Prüffakten zu führen,
6. ein laufendes Verzeichnis über die eröffneten Prüfungsverfahren, den Verfahrensstand, Widersprüche, Klageverfahren und deren Ergebnisse zu führen,
7. die Einnahmen- und Ausgabenübersicht und den Rechenschaftsbericht nach § 4 Abs. 4 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung vom 05.01.2004 in der jeweils aktuellen Fassung vorzubereiten,
8. für jedes Kalenderjahr für Zwecke des § 106 Abs. 7 Sätze 2 und 3 SGB V einen Bericht über die Anzahl der eröffneten und abgeschlossenen Beratungen, Prüfungen sowie der festgesetzten Maßnahmen zu erstellen. Dieser Bericht ist bis zum 15. Februar des Folgejahres den Ausschüssen vorzulegen.

§ 6 Verfahren vor dem Prüfungsausschuss

(1) Das Verfahren vor dem Prüfungsausschuss ist schriftlich. Die Sitzungen sind nicht öffentlich. An den Sitzungen nehmen die Ausschussmitglieder und Mitarbeiter der Geschäftsstelle teil, letztere führen Protokoll über die Sitzung. Der Prüfungsausschuss kann die Teilnahme der Verfahrensbeteiligten, insbesondere die persönliche Anhörung des Arztes, beschließen.

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

Der Prüfungsausschuss kann Sachverständige hinzuziehen. Der betroffene Arzt kann sich gemäß § 13 SGB X vertreten lassen.

(3) Die Mitglieder des Prüfungsausschusses entscheiden durch Beschluss. Soweit der Sachaufklärung dienlich, kann der Prüfungsausschuss 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 Prüfungsausschusses 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 Arzt bzw. dessen Bevollmächtigte,
- die Verbände der Krankenkassen,
- die Krankenkasse (bei Entscheidungen über von ihr gestellte Anträge),
- die Kassenärztliche Vereinigung Saarland.

(4) Stellt der Prüfungsausschuss 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 in diesem Fall als gewahrt. Nach Prüfung und Richtigstellung durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland wird das ausgesetzte Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung wieder aufgenommen. Sachliche und rechnerische Berichtigungen können dann vom Prüfungsausschuss berücksichtigt werden, wenn hierdurch die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nicht beeinträchtigt wird. Die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zur Durchführung der Berichtigungen bleibt hiervon unberührt.

(5) Stellt der Prüfungsausschuss fest, dass ein Vertragsarzt insbesondere nach vorausgegangenen Maßnahmen nicht erkennen lässt, dass er zur wirtschaftlichen Behandlungs- und/oder Verordnungsweise bereit ist, so hat er den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland zu unterrichten. Über die eingeleiteten Maßnahmen sind der Ausschuss und die Verbände der Krankenkassen in Kenntnis zu setzen.

(6) Der Prüfungsausschuss 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 Prüfungsausschusses ist eine Niederschrift zu fertigen. Diese muss enthalten:

1. die Bezeichnung des Ausschusses,
2. Ort und Tag der Sitzung,
3. die Namen des Vorsitzenden und der sonstigen Sitzungsteilnehmer,
4. den Verfahrensgegenstand (betroffener Arzt, Prüfungsgegenstand, Quartal, Prüfungsart)

5. die gefassten Beschlüsse.

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

§ 7 Widerspruch und Abhilfe

(1) Gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses können sowohl der betroffene Arzt, die Kassenärztliche Vereinigung Saarland, die Verbände der Krankenkassen als auch die betroffene Krankenkasse innerhalb eines Monats schriftlich oder zur Niederschrift bei der Geschäftsstelle Widerspruch einlegen. Der Widerspruch soll begründet werden.

(2) Die Geschäftsstelle gibt dem Arzt, der Kassenärztlichen Vereinigung, den Verbänden der Krankenkassen und der Krankenkasse bei von ihr gestellten Anträgen von dem Widerspruch Kenntnis, soweit diese nicht selbst Widerspruchsführer sind. Soweit der Widerspruch für begründet erachtet wird, hat ihm der Prüfungsausschuss abzuhelpfen. Im übrigen entscheidet der Beschwerdeausschuss über den Widerspruch, sofern der Widerspruchsführer diesen aufrecht erhält.

(3) Ein Abhilfverfahren vor dem Prüfungsausschuss kann nur stattfinden, wenn eine der Parteien Widerspruch eingelegt hat. Legt mehr als eine Partei Widerspruch ein, wird der Vorgang an den Beschwerdeausschuss weitergeleitet.

(4) Für das Abhilfverfahren gilt § 6 entsprechend mit der Maßgabe, dass der betroffene Arzt mit einer Frist von 2 Wochen geladen werden kann.

(5) Der Prüfungsausschuss soll innerhalb von 3 Monaten nach Eingang des Widerspruchs bei der Geschäftsstelle entscheiden.

§ 8 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

(1) Für das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt § 6 entsprechend.

(2) Im sozialgerichtlichen Verfahren wird der Beschwerdeausschuss durch seinen Vorsitzenden vertreten. Für die Wahrnehmung von Gerichtsterminen kann dieser Vollmacht erteilen.

§ 9 Mitwirkungspflicht des Vertragsarztes

Der Vertragsarzt 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.

§ 10 Prüfdatei

(1) Bei der Geschäftsstelle ist für jeden Arzt eine Prüfdatei zu führen, die zur Beurteilung der Gesamttätigkeit des einzelnen Arztes mit herangezogen wird.

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

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

b) die Anforderung je Fall und je Leistungsgruppe,

c) die Arzneimittelausgaben je Fall, aufgeteilt nach M, F, R, G,

d) die Kosten des Sprechstundenbedarfs je Fall,

e) Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle und die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit, absolut und je Behandlungsfall (Statusgruppe M),

f) Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen sowie Dauer der Krankenhausbehandlung, absolut und je Behandlungsfall.

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

Die Eintragungen nach c) bis f) 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.

§ 11 Einleitung von Verfahren

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

(2) Darüber hinaus prüft der Prüfungsausschuss 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 Arzt, der Prüfungsgegenstand, das Quartal, die Prüfungsart (§ 12) 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 Arzt 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:

§ 12 Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Ausschüsse überwachen die Einhaltung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch:

1. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung)
2. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arzt- und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Stichprobenprüfung)
3. Prüfung ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) und ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise) nach Durchschnittswerten gemäß § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V
4. Einzelfallprüfungen nach § 106 Abs. 3 SGB V

Die Prüfungen nach Satz 1 Nr. 2 umfassen auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen.

Über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus können die Vertragspartner andere arztbezogene Prüfungen vereinbaren.

(2) Die Wirtschaftlichkeit kann auch, soweit durch Gesetz und Rechtsprechung zugelassen, durch arztbezogene Prüfung im Einzelfall für ärztliche Leistungen und

Verordnungen geprüft werden. Entsprechende Anträge können nur innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Abschluss des Quartals gestellt werden, in dem der Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsverbot vermutet wird.

(3) 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).

(4) Die Ausschüsse haben die Prüfung für die jeweilige Prüfungsart nach den gesetzlichen Vorgaben und den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen und Maßstäben vorzunehmen.

(5) In den Prüfungsverfahren nach Abs. 1 ist die gesamte vertragsärztliche Tätigkeit des Arztes zu berücksichtigen. Hierbei sind die bis zum Zeitpunkt der Eröffnung des Prüfungsverfahrens vorliegenden Daten über veranlasste und verordnete Leistungen -gegebenenfalls aus Vorquartalen- beizuziehen. Dies gilt auch für Angaben über die Häufigkeit der Überweisungen, der Krankenhauseinweisungen und der Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit, sobald die Erfassung dieser Daten von den Vertragspartnern durchgeführt wird.

§ 13 Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößenvolumina (Auffälligkeitsprüfung)

1) Prüfungsgegenstand ist die Überprüfung der Ordnungsweise des Vertragsarztes wegen Überschreitens der vereinbarten Richtgrößenvolumina (§ 84 SGB V).

2) Eine Prüfung findet in den in der jeweils gültigen Richtgrößenvereinbarung festgeschriebenen Fällen statt.

3) Sofern eine Prüfung nach Richtgrößen eingeleitet wurde, stellen die Verbände der Krankenkassen die Verordnungsdaten des Vertragsarztes (insgesamt und nach Bereinigung um die Zuzahlung der Versicherten und die Rabatte nach § 130/130a SGB V je Fall entsprechend der Datensatzbeschreibung nach Anlage 1 auf maschinell lesbaren Datenträgern zur Verfügung; die Vorlage der Rezepte ist dann nicht erforderlich. Im übrigen gilt § 106 Abs.2c SGB V. Bis zu einem bestandskräftigen Abschluss des Prüfverfahrens sind die Rezeptformulare bzw. Verordnungsblätter von den Krankenkassen, gegebenenfalls als Images, vorzuhalten.

4) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Arzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Gründe für Praxisbesonderheiten darzulegen. Als Praxis-besonderheiten gelten insbesondere die Indikationsgebiete gemäß Anlagen 2 und 3 (ohne die Indikationen 1.12 und 1.13, die ein Zweitmeinungsverfahren vorsehen) der Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Richtgrößen vom 21.02.2000. Die Vertragspartner wenden die Anlage 2 ungeachtet der Kündigung auf Bundesebene für die dort aufgeführten Wirkstoffe weiterhin zur Bewertung von Praxisbesonderheiten an. Der Prüfungsausschuss hat sämtliche auf die Anlagen 2 und 3 entfallenden Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Anerkennung ist ab 01.07.2005 auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 12 und 70 SGB V und der Arzneimittel- bzw. Heilmittel-Richtlinien begrenzt.

5) Der Prüfungsausschuss soll vor seinen 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 des Regressbetrages erfolgt analog Anlage 4 der Empfehlung zu Richtgrößen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vom 21.02.2000. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass das Prüfverfahren einzustellen ist, wenn sich im Laufe der Prüfung ergibt, dass maximal eine Regresssumme von 1.000,00 Euro zustande kommt.

6) Die einbehaltenen Regressbeträge sind auf die eventuell festgestellte Überschreitung des jeweiligen Ausgabenvolumens anzurechnen.

7) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird abweichend von § 106 Absatz 5a Satz 3 SGB V nicht festgesetzt, soweit der Prüfungsausschuss mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand 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.

§ 14 Prüfung der Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage von Stichproben

(1) Unmittelbar nach Vorliegen der Abrechnungsunterlagen übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung Saarland der Geschäftsstelle nach § 5 für jedes Quartal eine Liste der Vertragsärzte, die in die Stichprobe nach § 106 Abs. 3 SGB V einzubeziehen sind. Die Höhe der Stichprobe ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen; für die Zwecke der Prüfung können Gruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen gebildet werden. Nach Auswahl dieser Ärzte verständigen sich die Prüfungsausschüsse 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 Zufälligkeitsprüfung findet im Regelfall nicht vor Ablauf von 2 Jahren statt.

(3) Die Prüfungen umfassen neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen. Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Stichprobenprüfungen ist, 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 Geschäftsstelle nach § 5 die erforderlichen Daten auf der Grundlage des § 297 Abs. 2 SGB V.

Die Krankenkassen/Verbände der Krankenkassen übermitteln der Geschäftsstelle nach § 5 die erforderlichen Daten gemäß § 297 Abs. 3 SGB V.

(5) Im übrigen gelten die Richtlinien gemäß § 106 Abs. 2b SGB V.

§ 15 Statistische Daten für die quartalsweise Prüfung nach Durchschnittswerten

(1) Nach sachlich-rechnerischer Prüfung legt die Kassenärztliche Vereinigung Saarland -sobald dies technisch möglich ist- der Geschäftsstelle der Prüfungsgremien für alle Kassenarten zusammengefasst je Abrechnungsquartal folgende Abrechnungsdaten vor:

1. Arztnummer,
2. Anzahl der Behandlungsfälle in der Aufteilung M, F, R, G und Angabe der jeweiligen Abweichung in v.H.,
 - 2.1 davon die Anzahl der
 - Überweisungsfälle,
 - Notfall- und Vertreterfälle,jeweils in der Aufteilung M, F, R, G 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 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,

(2) Für die Prüfung nach Durchschnittswerten übermitteln die Krankenkassen der Geschäftsstelle der Prüfungsgremien **-sobald dies technisch möglich ist-** je Verordnungsquartal* (bei AU-Bescheinigungen je Feststellungsquartal) arztbezogene Daten für eine gemeinsame Statistik mit folgenden Angaben:

1. Arzneikosten gemäß der Datensatzbeschreibung nach Anlage 1 ohne Versichertenbezug ,

2. Anzahl der Heilmittelverordnungen je Behandlungsfall, jeweils nach den Statusgruppen M, F, R, G,

3. Heilmittelkosten, nach Bruttowerten und Patientenzuzahlung, gegliedert, absolut und je Behandlungsfall, in der Aufteilung nach Nr. 3 sowie zusätzlich untergliedert nach den Heilmittelarten Logopädie und Ergotherapie einerseits und physikalische Therapie andererseits.
4. Anzahl der Hilfsmittelverordnungen je Behandlungsfall, jeweils nach den Statusgruppen M, F, R, G,
5. Hilfsmittelkosten, absolut und je Behandlungsfall, in der Aufteilung nach Nr. 5 sowie zusätzlich untergliedert nach Hilfsmittelarten,
6. Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle und die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit, absolut und je Behandlungsfall (Statusgruppe M),
7. Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen sowie Dauer der Krankenhausbehandlung, absolut und je Behandlungsfall,
8. Kosten des Sprechstundenbedarfs nach Bruttowerten und ggfalls. gesetzlichen Rabatten, absolut und je Behandlungsfall,
9. jeweils Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe sowie Abweichungen absolut und in v.H. zu den Angaben nach den Nrn. 1 bis 9.

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

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

(4) Wird aufgrund fehlender Vergleichbarkeit eine Prüfung nach Durchschnittswerten um eine intellektuelle Einzelfallbetrachtung erweitert, sind die entsprechenden Verordnungsblätter, sortiert nach Statusgruppen und innerhalb der Statusgruppen in

alphabetischer Reihenfolge durch die Krankenkassen, nach den Grundsätzen der BSG-Rechtsprechung (20 % der Fälle bzw. mindestens 100 Fälle) den Ausschüssen zur Verfügung zu stellen. § 18 Abs. 5 gilt entsprechend.

§ 16 Auswahl zur Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten

(1) Die Prüfungsausschüsse verständigen sich unverzüglich nach Vorliegen der Abrechnungsunterlagen gemäß § 15 Abs. 1 in einem Auswahlgespräch darüber, bei welchen Ärzten 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 Ärzten, 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 vertragsärztlichen Zulassung (Arztnummer). Bei Ärzten in MVZ erfolgt der Vergleich mit der Fachgruppe des jeweiligen Arztes. Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland vereinbart die Bildung anderer Vergleichsgruppen mit den Verbänden der Krankenkassen.

(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 Kassenärztliche Vereinigung Saarland 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 Abrechnungen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland 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 50 % 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) In die Auswahl sind Ärzte nicht einzubeziehen, bei denen die Abweichungen nach Abs. 6 durch anerkannte Praxisbesonderheiten gerechtfertigt sind.

(8) 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.

(9) Kommt eine Einigung über die gemeinsame Auswahl (Abs. 1) nicht zustande, bleibt das Antragsrecht nach § 11 Abs. 2 der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und der Verbände der Krankenkassen unberührt. Diese Anträge können nur bis zum Ablauf des auf den Zugang der Auswahlprotokolle folgenden 3. Arbeitstages von den Antragsberechtigten gestellt werden.

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

(11) 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.

§ 17 Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten

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

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

(3) Der Prüfungsausschuss kann eine auf einer Schätzung beruhende Kürzung 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.

(4) Steht die durchschnittliche Honorarforderung eines Arztes 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 der Prüfungsausschuss eine auf einer Schätzung beruhende pauschale Honorarkürzung ohne Angabe von Beispielen vornehmen.

(5) Auch wenn die in den Abs. 3 und 4 genannten Voraussetzungen nicht vorliegen, kann der Prüfungsausschuss eine Kürzung vornehmen, sofern die Überprüfung eine Unwirtschaftlichkeit in einzelnen Behandlungsfällen ergibt. Dabei wird der festgestellte Mehraufwand gekürzt.

(6) Kürzungen nach den Absätzen 3 und 4 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 Arztes durch Besonderheiten seiner Praxis gerechtfertigt ist. Minderaufwendungen und Praxisbesonderheiten sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie aus der Abrechnung des Arztes erkennbar oder in anderer Weise nachgewiesen sind.

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

Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzunehmen.

(7) 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 Vertragsarztes gegenüber seinen Abrechnungswerten aus früheren Quartalen vorliegt und die nähere Prüfung Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise ergibt.

(8) Der Prüfungsausschuss trifft seine Entscheidungen unter Würdigung aller ihm bekannten Umstände. Die Prüfmaßnahmen können sich auf einzelne Leistungen, Leistungsgruppen und auf das Gesamthonorar des Arztes beziehen.

§ 18 Prüfung der vertragsärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten

(1) Die Prüfung der vertragsärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten umfasst:

- a) die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,

- b) die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise beim Sprechstundenbedarf.

(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 § 16 getroffenen Regelung.

(3) Kommt eine Einigung über die gemeinsame Auswahl (§ 16 Abs. 1) nicht zustande, bleibt das Antragsrecht nach § 11 Abs. 2 der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und der Verbände der Krankenkassen unberührt. 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) Bei einer Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten stellt der Prüfungsausschuss fest, ob nach dem Maßstab des § 12 Abs. 4 Unwirtschaftlichkeit vorliegt, und entscheidet über die gebotene Maßnahme.

(5) Bei Prüfungen nach Abs. 1 Buchst. a) werden der Geschäftsstelle nach § 5 die Behandlungsdaten des Vertragsarztes durch die Kassenärztliche Vereinigung Saarland zur Verfügung gestellt. Ebenso werden unverzüglich nach Bekanntgabe der Einleitung des Prüfverfahrens der Geschäftsstelle nach § 5 die Verordnungsdaten des Vertragsarztes durch die Krankenkassen übermittelt.

a) Arzneimittel

Die Verordnungsdaten der in dem zu prüfenden Quartal ausgestellten Verordnungen, sind von den Krankenkassen je Fall, entsprechend der Datensatzbeschreibungen nach Anlage 1 auf Datenträgerebene (CD) zu liefern.

Ist dies aus datentechnischen Gründen nicht möglich, werden der Geschäftsstelle nach § 5 die Verordnungen in Papierform (Images oder Originalrezepte) zur Verfügung gestellt. Die Krankenkassen senden die entsprechenden Papierverordnungen alphabetisch geordnet, getrennt nach Statusgruppe (Mitglieder/Familienangehörige/Rentner).

b) Heil- und Hilfsmittel

Die Verordnungsdaten der in dem zu prüfenden Quartal ausgestellten Verordnungen sind von den Krankenkassen je Fall, entweder als Verordnungsübersichten oder durch die Verordnungen in Papierform (Images oder Originalrezepte), alphabetisch geordnet, getrennt nach Statusgruppe (Mitglieder/Familienangehörige/Rentner), zur Verfügung zu stellen.

Bis zu einem rechtskräftigen Abschluss des Prüfverfahrens sind

- die Behandlungsdaten sowie die gelieferten Verordnungsdaten/Verordnungsübersichten bzw. Verordnungen in Papierform, (Images oder Originalrezepte) von der Geschäftsstelle nach § 5 und

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

vorzuhalten.

Macht der Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet der Ausschuss gemäß § 2, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und die Richtigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Originalbelegen oder aus Kopien dieser Belege zu überprüfen ist.

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

(6) Der Prüfungsausschuss kann

1. eine Beratung des Arztes durchführen oder veranlassen und/oder

2. einen Regress beschließen.

Dabei soll nach Maßgabe des Abs. 7 die gezielte Beratung im Regelfall dem Regress vorgehen.

(7) Der Prüfungsausschuss soll eine möglichst umgehende persönliche Beratung des Arztes beschließen, wenn der Arzt 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.

Der Prüfungsausschuss soll in anderen Fällen eine Beratung vor einem Regress 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 Ordnungsweise in Zukunft erfolgversprechend ist.

(8) Hält der Prüfungsausschuss einen Regress für erforderlich, so hat er nach folgenden Grundsätzen zu verfahren:

1. Er setzt einen auf einer Schätzung beruhenden Regress 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 Ordnungsweise des Arztes genügend beleuchtenden Zahl von Beispielen nachweisen lässt. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage der Schätzung für den Regress.

2. Steht die durchschnittliche Höhe der Verordnungskosten des Arztes je Behandlungsfall in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den entsprechenden Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe, setzt der Prüfungsausschuss einen auf einer Schätzung beruhenden Regress fest.
3. Regresse 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 dem Prüfungsausschuss vorliegenden Unterlagen erkennbar oder in anderer Weise nachgewiesen sind.
4. Ergibt die Prüfung nur eine Unwirtschaftlichkeit in einzelnen Behandlungsfällen, beschränkt sich die Höhe des Regresses auf den tatsächlich festgestellten unwirtschaftlichen Mehraufwand in diesen Behandlungsfällen.

§ 19 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, verursachte Schaden, der einer Krankenkasse aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind (hierunter fallen auch Verordnungen, die gegen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V verstoßen), oder aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen entsteht, durch die Prüfungseinrichtungen nach § 2 festgestellt.

(2) Der Antrag ist zu begründen und muss innerhalb einer Frist von 6 Monaten seit Bekanntwerden des Sachverhaltes beim Prüfungsausschuss vorliegen. Die Krankenkasse/ihr Verband muss dem Antrag die zur Beurteilung erforderlichen

Unterlagen und Nachweise zur Schadenshöhe beifügen sowie die Höhe des Schadens nennen. Der betroffene Arzt ist durch die Geschäftsstelle nach § 5 unverzüglich zu dem Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens zu hören.

(3) Der Antrag kann sich nur auf den Zeitraum der letzten, dem Antrag vorausgehenden zwei Kalenderjahre erstrecken.

(4) 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 einer Praxis für einen oder mehrere Versicherte über mehrere gleiche Mittel/Wirkstoffe/Maßnahmen der gleichen Leistungsart* in der Addition den Betrag von 150 € je Quartal überschreiten.

(5) 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.

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

§ 20 Inkrafttreten, Kündigung, salvatorische Klausel

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2007 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 05.03.2007

Kassenärztliche Vereinigung Saarland

AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland

Dr. med. G. Hauptmann
Vorsitzender des Vorstandes

Heinz Eicher
Vorstand

BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz
und Saarland

Knappschaft
-Verwaltungsstelle Saarbrücken-

Axel Benz
Vorsitzender des Vorstandes

Armin Beck
Verwaltungsdirektor

IKK Südwest-Direkt

LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und
Saarland

Frank Spaniol
Vorstand

Helmut Heinz
Geschäftsführer

VdAK/AEV
Landesvertretung Saarland

Armin Lang
Leiter der Landesvertretung

Protokollnotiz zu § 2

Gemäß § 2 haben die Vertragspartner einen Prüfungsausschuss mit zwei Kammern und einen Beschwerdeausschuss mit nachfolgender Geschäftsverteilung und Zuständigkeit ab dem 01.03.2004 gebildet:

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

Die Zuständigkeit gilt auch für Prüfverfahren, die zu o. g. Zeitpunkt bereits anhängig waren.

Anlage 1 „Verordnungsdaten“

Die Krankenkassenverbände liefern der Geschäftsstelle der Prüfungsgremien die in einem Abrechnungsquartal anfallenden Verordnungsdaten einschließlich Reproduktionen der dazugehörigen Verordnungsblätter (Images) für die zu prüfenden Ärzte.

Datensatz für die Verordnungsdaten:

05	KASSEN-VKNR	Pseudo-VKNR der Kassengruppe	Pic 9(09).
05	JJJJMM	Abrechnungsjahr/-monat	Pic 9(06).
05	ARZTNR	Abrechnungsnummer	Pic 9(09).
05	VERO-STAT	Verordnungsstatus	Pic 9(01).
05	VERSI-NR	Versichertennummer	Pic X(12).
05	VERS-STAT	Versichertenstatus	Pic 9(01).
05	BELEG-NR	Belegnummer	Pic X(18).
05	GESAMT-REZ	Gesamtwerte der Verordnung	
	10 BRUTTO	Gesamtbetrag	Pic 9(08)V99
	10 ZUZAHL	Gesamtzuzahlung	Pic 9(06)V99
	10 NETTO*)	Gesamtbetrag	Pic 9(08)V99
05	NAME	Name des Versicherten	Pic X(47).
05	V-NAME	Vorname des Versicherten	Pic X(10).
05	GEB-DATUM	Geb.-Datum d. Versicherten	Pic X(08).
05	ANZ-VERORD	Anzahl der Einzelverordn. des Rezeptes	Pic 9(04)
05	MEDIK-PREIS	Maximal 9 Medikamente pro Verordnung	
	10 PZN-NR(1)	Erste PZN	Pic X(10).
	10 EINHEIT(1)	Anzahl Einheiten	Pic 9(06).
	10 MEDPR(1)	Preis je Medikament	Pic 9(07)V99
	10 PZN-NR(...)	Zweite PZN	Pic X(10).
	10 EINHEIT(...)	Anzahl Einheiten	Pic 9(06).
	10 MEDPR(...)	Preis je Medikament	Pic 9(07)V99
	10 PZN-NR(9)	Dritte PZN	Pic X(10).
	10 EINHEIT(9)	Anzahl Einheiten	Pic 9(06).
	10 MEDPR(9)	Preis je Medikament	Pic 9(07)V99

*) Netto entspricht Brutto-Gesamtbetrag minus Zuzahlung minus Rabatt