

**VEREINBARUNG NACH § 106 ABS. 3 SGB V
ZUR ÜBERWACHUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT DER
VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG
(PRÜFVEREINBARUNG BADEN-WÜRTTEMBERG)**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (Stuttgart)

- nachfolgend KVBW genannt -

und

der AOK Baden-Württemberg (Stuttgart)

dem BKK Landesverband Baden-Württemberg (Kornwestheim)

der IKK Baden-Württemberg und Hessen (Ludwigsburg)

**der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg
(Stuttgart)**

der Knappschaft (Verwaltungsstelle München)

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,

vertreten durch die Landesvertretung Baden-Württemberg (Stuttgart)

dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,

vertreten durch die Landesvertretung Baden-Württemberg (Stuttgart)

- nachfolgend Verbände genannt -

wird folgende Vereinbarung getroffen:

Inhaltsverzeichnis

- Präambel
- § 1 Allgemeine Bestimmungen
- § 2 Gemeinsamer Beschwerdeausschuss und Kammern
- § 3 Gemeinsame Prüfungsstelle
- § 4 Prüfarten
- § 5 Konkurrenzbestimmungen
- § 6 Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten
- § 7 Prüfungen im Einzelfall (Behandlungs- und Verordnungsweise)
- § 8 Prüfung wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens
- § 9 Prüfung der Zielvereinbarungen
- § 10 Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten
- § 11 Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)
- § 12 Prüfung auf Feststellung eines sonstigen Schadens
- § 13 Maßnahmen
- § 14 Verfahren bei der gemeinsamen Prüfungsstelle
- § 15 Widerspruchsverfahren
- § 16 Vertretung in Gerichtsverfahren
- § 17 Vollzug von Honorarkürzungen und Regressen
- § 18 Salvatorische Klausel
- § 19 Inkrafttreten, Kündigung

Anlagen

- Anlage 1 Datenlieferung, Datenumfang und Statistiken für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V (*hier nicht abgedruckt!*)
- Anlage 2 Durchführung der Richtgrößenprüfung
- Anlage 3 Durchführung der Prüfung auf Einhaltung der Zielvereinbarungen
- Anlage 4 Durchführung der Zufälligkeitsprüfung

Präambel

- (1) Gemäß § 106 Abs. 1 SGB V überwachen die Krankenkassen bzw. ihre Verbände und die Kassenärztlichen Vereinigungen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen.
- (2) Mit den Vereinbarungen über die Errichtung der gemeinsamen Prüfungsstelle und des gemeinsamen Beschwerdeausschusses ab 01.01.2008 vom 15.11.2007 haben die Vertragspartner dieser Vereinbarung die organisatorischen Voraussetzungen zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen geschaffen.
- (3) Die KVBW und die Verbände vereinbaren nachfolgend auf der Grundlage des § 106 Abs. 1 und 3 SGB V die Inhalte und das Nähere zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 SGB V unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung (WiPrüfVO).

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

- (1) Die Prüfvereinbarung regelt gemäß § 106 Abs. 3 SGB V die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit für die vertragsärztliche Tätigkeit der im Bereich der KVBW zugelassenen Ärzte, ermächtigten Ärzte, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen einschließlich Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren und medizinischen Versorgungszentren (im folgenden Arzt / Ärzte bzw. MVZ genannt) bei der Behandlung von Versicherten aller gesetzlichen Krankenkassen. Soweit nicht durch anderweitige Bestimmungen ausgeschlossen, gilt das Gleiche entsprechend für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- (2) Die Vertragspartner bilden eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Die gemeinsame Prüfungsstelle und der gemeinsame Beschwerdeausschuss sowie die als Untergliederung gebildeten Kammern überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung nach Maßgabe des § 106 SGB V i.V. mit der WiPrüfVO und dieser Prüfvereinbarung. Der gemeinsame Beschwerdeausschuss und dessen Kammern werden durch die gemeinsame Prüfungsstelle unterstützt. Die Kostentragung für diese Aufgaben regelt die Vereinbarung über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V als Trägerin der Prüfungsstelle der Prüfeinrichtungen nach § 106 Abs. 4a SGB V in Baden-Württemberg (Vertrag ARGE Wirtschaftlichkeitsprüfung) nebst Anlagen und Protokollnotizen.
- (3) Für das Verwaltungsverfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung gelten die Regelungen dieser Vereinbarung i. V. mit den Regelungen des SGB X. Insbesondere ist den Betroffenen vor einer Entscheidung die Möglichkeit einzuräumen, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern. Der Arzt kann sich in jedem Stand des Verfahrens eines Beistands bedienen.
- (4) Grundlage für die Prüfungen auf Antrag oder von Amts wegen sind die auf der Basis der Vereinbarungen über den Austausch von Daten gemäß den §§ 295 bis 297 SGB V in der jeweils gültigen Fassung erstellten Leistungs- und Verordnungsstatistiken (Anlage 1).
- (5) Bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung ist in der Regel die Gesamttätigkeit des Arztes zu berücksichtigen. Es gelten die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze.
- (6) Wird Unwirtschaftlichkeit festgestellt, sollen in der Regel gezielte Beratungen einem Regress vorangehen.
- (7) Sofern im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung sachliche oder rechnerische Fehler vermutet oder festgestellt werden, wird das Prüfverfahren bis zum Abschluss des Berichtigungsverfahrens ausgesetzt. Fristen der Antragstellung zur sachlich-rechnerischen Berichtigung gelten als gewahrt.
- (8) Werden der gemeinsamen Prüfungsstelle oder dem gemeinsamen Beschwerdeausschuss Tatsachen bekannt, die einen weitergehenden Korrekturbedarf oder weitere Verfahren erfordern, unterrichten sie hierüber die KVBW und die Verbände.

- (9) Für Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die sich aus den Plausibilitätsprüfungen gemäß § 106 a SGB V ergeben, gelten die ggf. von den Vertragspartnern gesondert geregelten Antragsfristen.
- (10) Um bei gleichgelagerten Sachverhalten eine einheitliche Entscheidung in der gemeinsamen Prüfungsstelle und dem gemeinsamen Beschwerdeausschuss sicherstellen zu können, sollen diese gemeinsam verbindliche Prüfrichtlinien festlegen.
- (11) Soweit in dieser Vereinbarung der Begriff Arzneimittel verwendet wird, bezieht er sich auf alle nach § 31 Abs. 1 SGB V in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogenen Produkte. Dies sind Arzneimittel, Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen, Ernährungstherapeutika sowie arzneimittelähnliche Medizinprodukte.

§ 2

Gemeinsamer Beschwerdeausschuss und Kammern

- (1) Die Besetzung des gemeinsamen Beschwerdeausschusses und dessen Kammern ergibt sich aus der Errichtungsvereinbarung des gemeinsamen Beschwerdeausschusses ab 01.01.2008 in der Fassung vom 15.11.2007.
- (2) Die Mitglieder des gemeinsamen Beschwerdeausschusses und dessen Kammern sind bei der Ausübung ihres Amtes an Weisungen der entsendenden Körperschaft nicht gebunden. Über den Hergang der Beratungen und die Abstimmung haben alle mit dem Verfahren Befassten auch nach Beendigung ihres Amtes Stillschweigen zu bewahren. Eine Berichterstattung über das Ergebnis der Beschlussfassung gegenüber der entsendenden Körperschaft ist zulässig.
- (3) Die Mitglieder des gemeinsamen Beschwerdeausschusses und dessen Kammern sowie die unparteiischen Vorsitzenden haben eine Erklärung nach dem Gesetz über die förmliche Verpflichtung nicht beamteter Personen und eine Erklärung nach dem Bundes- bzw. Landesdatenschutzgesetz abzugeben.
- (4) Ein Mitglied darf bei der Prüfung seiner eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit oder der eines Angehörigen im Sinne von § 16 Abs. 5 SGB X nicht mitwirken. Das Gleiche gilt für Partner einer Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft und Partner oder Angestellte eines MVZ.
- (5) Wer vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung als Mitglied einer Kammer des gemeinsamen Prüfungsausschusses tätig war, kann nicht in derselben Sache als Mitglied einer Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses tätig werden.

§ 3

Gemeinsame Prüfungsstelle

- (1) Die Aufgaben der gemeinsamen Prüfungsstelle entsprechen der gesetzlichen Regelung nach § 106 SGB V; diese sind insbesondere die Entscheidung, ob Ärzte gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit verstoßen haben und welche Maßnahmen zu treffen sind.
- (2) Die Struktur der gemeinsamen Prüfungsstelle ergibt sich aus der Vereinbarung über die Errichtung der gemeinsamen Prüfungsstelle ab 01.01.2008 vom 15.11.2007.

§ 4 Prüfarten

- (1) Die Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) wird geprüft
 - nach Durchschnittswerten (§ 6), aufgrund von Stichproben (§ 11) oder
 - im Einzelfall auf der Grundlage einzelner Behandlungsfälle (§ 7).
- (2) Die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Verordnungsweise wird geprüft
 - bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens nach § 84 SGB V für Arzneimittel (§ 8)
 - bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens nach § 84 SGB V für Heilmittel (§ 8)
 - bei Nichterreichung der Zielwerte gemäß der Zielvereinbarung nach Ziff. 4.2 der Arzneimittelvereinbarung 2008 (§ 9)
 - nach Durchschnittswerten für Arzneimittel (§ 10) ,
 - nach Durchschnittswerten für Heilmittel (§ 10),
 - im Einzelfall, bezogen auf einzelne ärztliche Verordnungen von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln sowie sonstige veranlasste Leistungen gem. § 106 Absatz 2 Satz 3 SGB V (§ 7),
 - im Einzelfall, bezogen auf einzelne verordnungsfähige Mittel an Sprechstundenbedarf bezüglich der Menge und/oder des Preises (§ 7). Die Bestimmungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zur sachlich/rechnerischen Berichtigung bleiben unberührt.
 - im Einzelfall, bezogen auf einzelne Verordnungen von planbaren Krankenhausbehandlungen, die auch ambulant durchgeführt werden könnten (§ 7),
 - im Einzelfall, bezogen auf die Verordnung von Impfstoffen gemäß des „Vertrages über die Durchführung von Schutzimpfungen“ (§ 7).
- (3) Die Wirtschaftlichkeit ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen wird geprüft auf der Grundlage von arzt- und versichertenbezogenen Stichproben (§ 11).
- (4) Die Prüfung auf Feststellung eines sonstigen Schadens erfolgt gemäß § 48 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 44 Abs. 2 EKV (§ 12).
- (5) Das Nähere zu den Prüfarten nach § 4 Nr. 1 bis 4 wird in den Prüfrichtlinien nach § 1 Nr. 10 geregelt.
- (6) Auffälligkeitsprüfungen, Zufälligkeitsprüfungen (Stichprobenprüfung) und Prüfungen nach Durchschnittswerten werden ausschließlich auf der Grundlage von Daten gesetzlicher Krankenkassen (GKV-Daten), die in die erarbeiteten Statistiken eingehen, durchgeführt.

§ 5 Konkurrenzbestimmungen

- (1) Die gemeinsame Prüfungsstelle prüft von Amts wegen bei der Durchschnittswertprüfung der Verordnungsweise (§ 10), ob die Voraussetzungen für eine Richtgrößenprüfung nicht gegeben sind (z.B. fehlende Richtgrößenvereinbarung, fehlende Richtgröße für eine Fachgruppe).

Ein Antrag auf Durchschnittswertprüfung für Arznei- oder Heilmittel für einen Zeitraum ist nicht zulässig, soweit für die maßgebliche Fachgruppe des Arztes eine Richtgrößenvereinbarung abgeschlossen wurde, die Voraussetzungen für

eine Prüfung nach § 8 erfüllt sind und eine auf das Kalenderjahr bezogene Richtgrößenprüfung möglich ist.

- (2) Einzelfallprüfungen (§ 7) und Durchschnittswertprüfungen (§ 6) für dasselbe Leistungsquartal schließen sich bei der Prüfung der Behandlungsweise gegenseitig aus. Die Durchschnittswertprüfung hat Vorrang.
- (3) Das Ergebnis einer Einzelfallprüfung für Arznei- oder für Heilmittel ist bei einer Richtgrößenprüfung bzw. Durchschnittswertprüfung zu berücksichtigen.
- (4) Ein festgestellter sonstiger Schaden (§ 12) ist bei der Richtgrößenprüfung bzw. Durchschnittswertprüfung (§ 6 oder § 10) zu berücksichtigen.
- (5) Ist ein Arzt innerhalb des Zeitraumes einer Zufälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V in ein Prüfverfahren wegen Überschreitung von Richtgrößen oder in eine Prüfung nach Durchschnittswerten einbezogen, wird die Zufälligkeitsprüfung hinsichtlich dieser Prüfgegenstände ausgeschlossen.
- (6) Die Verfahrensregelung zur Umsetzung der Konkurrenzbestimmungen erfolgt über die Prüfrichtlinien gemäß § 1 Nr. 10.

§ 6

Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten

- (1) Die Prüfung auf Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten findet nur auf Antrag der KVBW oder eines Verbandes / der Verbände statt. Der Antrag ist schriftlich zu begründen und bei der zuständigen Bezirksprüfungsstelle einzureichen.
- (2) Prüfanträge sind innerhalb einer Ausschlussfrist von zwölf Monaten nach Ablauf des Leistungsquartals getrennt je Arzt zu stellen.
- (3) Die Prüfung erfolgt für den Zeitraum eines Leistungsquartals in der Regel durch einen Vergleich der entsprechend Anlage 1 aufbereiteten statistischen Werte des Arztes.
- (4) Die Prüfung kann sich auf die Gesamttätigkeit des Arztes (Gesamtfallwert), die in einzelnen Leistungsgruppen zusammengefasste Tätigkeit (Anlage 1) und/oder auf einzelne Abrechnungsnummern beziehen. Die Prüfung kann sich auf kurativ ambulante ärztliche Leistungen oder auf stationäre ärztliche Leistungen beziehen.

§ 7

Prüfungen im Einzelfall (Behandlungs- und Ordnungsweise)

- (1) Die Prüfung auf Wirtschaftlichkeit einzelner Behandlungsfälle bzw. Verordnungen findet nur auf Antrag der KVBW, eines Verbandes oder einer Krankenkasse statt. Der Antrag ist schriftlich zu begründen und bei der zuständigen Bezirksprüfungsstelle einzureichen.
- (2) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise für Arznei- und Heilmittel erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils maßgeblichen Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V (Arzneimittelrichtlinien bzw. Heilmittelrichtlinien inkl. des Heilmittelkatalogs).

- (3) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Impfstoffen bezieht sich auf die Einhaltung der Regelungen im „Vertrag über die Durchführung von Schutzimpfungen“ zum Bezugsweg.

Prüfanträge sind innerhalb einer Ausschlussfrist von zwölf Monaten nach Ablauf des Leistungsvierteljahres getrennt je Arzt zu stellen.

- (4) Die erforderlichen Abrechnungsunterlagen bzw. Verordnungen/ Bescheinigungen sind der zuständigen Bezirksprüfungsstelle vom Antragsteller in einem für die Durchführung der Prüfung ausreichenden Umfang in Papierform (Image oder originales Verordnungsblatt) oder auf Datenträger zur Verfügung zu stellen.

- (5) Die Vertragspartner vereinbaren eine Bagatellgrenze von 75,00 Euro je Arzt, Prüfantrag, Krankenkasse und Quartal, bis zu der Prüfanträge nicht gestellt werden.

Für Prüfanträge nach Absatz 3 gilt die Bagatellgrenze je Arzt, Prüfantrag, Krankenkasse bzw. Kassenart/Verband und Quartal. Im Falle einer kassenartenbezogenen Antragstellung einigen sich die einzelnen Krankenkassen auf diejenige Krankenkasse, die federführend im Namen und Auftrag aller beteiligten Krankenkassen den Antrag bei der Prüfungsstelle stellt.

§ 8

Prüfung wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens

- (1) Die Prüfung wegen der Überschreitung von Richtgrößenvolumen erfolgt getrennt für Arzneimittel und Heilmittel ab einer Überschreitung von mehr als 15 % von Amts wegen durch die gemeinsame Prüfungsstelle (Auffälligkeitsprüfung).
- (2) Grundlage für die Feststellung einer Überschreitung sind die prüfgruppenspezifischen Richtgrößen gemäß der jeweils geltenden Richtgrößenvereinbarung.
- (3) Bei der Prüfung werden die Verordnungsdaten eines Kalenderjahres zu Grunde gelegt. Das Nähere wird in der Prüfrichtlinie nach § 1 Nr. 10 geregelt.
- (4) Soweit die Richtgrößenvereinbarungen für Arzneimittel und Heilmittel unwirksam sein sollten, erfolgt die Prüfung nach dem jeweiligen Prüfgruppenschritt mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben für diejenigen Prüfgruppen, für die die Richtgrößenvereinbarungen hätten gelten sollen. Die Absätze 1 – 3 gelten entsprechend.
- (5) Das weitere Verfahren ist in Anlage 2 zu dieser Vereinbarung geregelt.
- (6) Die sachgerechte Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen von zu beurteilenden Praxisbesonderheiten kann auch mittels Stichproben überprüft werden. Die Stichprobe umfasst 10 %, mindestens jedoch 25 Behandlungsfälle mit entsprechenden Arzneverordnungen.

§ 9 Prüfung Zielvereinbarung

Die Prüfung der Nichterreichung der Zielwerte der Zielvereinbarung gemäß Ziff. 4.2 der Arzneimittelvereinbarung 2008 erfolgt nach Maßgabe der Anlage 3 zu dieser Vereinbarung.

§ 10 Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten

- (1) Die Prüfung auf Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten für Arznei- bzw. Heilmittel findet nur auf Antrag der KVBW oder eines Verbandes / der Verbände statt. Der Antrag ist schriftlich zu begründen und bei der zuständigen Bezirksprüfungsstelle einzureichen.
- (2) Prüfanträge sind innerhalb einer Ausschlussfrist von zwölf Monaten nach Ablauf des Leistungsvierteljahres getrennt je Arzt zu stellen.
- (3) Die Prüfung erfolgt für den Zeitraum eines Leistungsquartals in der Regel durch einen Vergleich der entsprechend Anlage 1 aufbereiteten statistischen Werte des Arztes.
- (4) Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie Datengrundlagen aus der Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet so die ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren für die Grundgesamtheit der Praxis hoch.

Hierfür halten die KVBW die Abrechnungsunterlagen und die Verbände bzw. Krankenkassen die Images oder originalen Verordnungsblätter bis zum rechtskräftigen Abschluss des Prüfverfahrens vor.

§ 11 Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)

- (1) Die Prüfung der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen auf der Grundlage von Stichproben erfolgt von Amts wegen durch die gemeinsame Prüfungsstelle.
- (2) Die Richtlinien der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen - ab 01.07.2008 Spitzenverband Bund - nach § 106 Abs. 2b SGB V finden Anwendung.
- (3) Das weitere Verfahren ist in Anlage 4 zu dieser Vereinbarung geregelt.

§ 12 Prüfung auf Feststellung eines sonstigen Schadens

- (1) Ein Antrag auf Prüfung und Feststellung eines sonstigen Schadens im Sinne von § 48 Abs. 1 BMV/Ä bzw. § 44 Abs. 1 EKV kann gestellt werden, wenn vermutet wird, dass einer Krankenkasse durch die schuldhaft Verletzung vertragsärztlicher Pflichten durch einen Arzt ein Schaden entstanden ist.

- (2) Im Bereich der Arzneimittel ist ein sonstiger Schaden insbesondere die Verordnung von:
- Arzneimitteln, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht (Lifestyle-Präparate, § 34 Abs. 1 Satz 7 bis 9 SGB V),
 - Arzneimitteln, die gemäß § 34 Abs. 3 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (Negativliste),
 - nicht verschreibungspflichtigen, apothekenpflichtigen Arzneimitteln (OTC-Präparate) für Versicherte, die das 12. bzw. bei Entwicklungsstörungen das 18. Lebensjahr vollendet haben und für die die Übersicht des Gemeinsamen Bundesausschusses (OTC-Liste) keine Ausnahmen zulässt,
 - nicht apothekenpflichtigen Arzneimittel nach § 31 Abs. 1 SGB V.
- (3) Im Bereich der Heilmittel ist ein sonstiger Schaden insbesondere die Verordnung von Heilmitteln,
- die nicht den Heilmittel-Richtlinien entsprechen,
 - die nicht der Indikation im Heilmittelkatalog entsprechen bzw.
 - das Ausstellen von Folgeverordnungen, obwohl die Gesamtverordnungsmenge bei einer Behandlung im Regelfall bereits überschritten wurde.
- (4) Die Prüfung auf Feststellung eines sonstigen Schadens findet nur auf Antrag eines Verbandes oder einer Krankenkasse statt.
- (5) Prüfanträge sind innerhalb einer Ausschlussfrist von zwölf Monaten, nachdem die Krankenkasse/der Verband von dem Schaden Kenntnis erlangt, jedoch spätestens vier Jahre nach Eintritt des Schadensfalles, je Arzt bei der zuständigen Bezirksprüfungsstelle schriftlich einzureichen und zu begründen.
- (6) Anträge auf Prüfungen nach § 12 Nr. 2 können sich über das Verordnungsquartal hinaus längstens auf den Zeitraum von drei Quartalen vor dem Eintritt des festgestellten Schadensereignisses beziehen.
- (7) Die vom Arzt abgerechneten Behandlungsunterlagen bzw. ausgestellten Verordnungen/ Bescheinigungen sind der zuständigen Bezirksprüfungsstelle vom Antragsteller in einem für die Durchführung der Prüfung ausreichenden Umfang in Papierform (Image oder originales Verordnungsblatt) oder auf Datenträger zur Verfügung zu stellen.
- (8) Die Vertragspartner vereinbaren eine Bagatellgrenze von 100,00 Euro je Arzt, Prüfantrag, Krankenkasse und Kalenderjahr, bis zu der Prüfanträge nicht gestellt werden.

§ 13 Maßnahmen

- (1) Die von der gemeinsamen Prüfungsstelle festgelegten Maßnahmen werden dem betroffenen Arzt durch Bescheid bekannt gemacht.
- (2) Die gemeinsame Prüfungsstelle kann folgende Maßnahmen festlegen:
- Einstellung des Verfahrens,
 - keine Maßnahme,
 - Beratung, in der Regel schriftlich,

- Honorarkürzung, ggf. auch pauschal,
- Regress für verordnete Leistungen,
- Regress nach Feststellung des Mehraufwands bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens,
- Regress nach Feststellung eines sonstigen Schadens dem Grunde und der Höhe nach.

(3) Der Bescheid muss mindestens enthalten:

- Angaben über die Prüffart und die Prüfmethode,
- eine zusammenfassende Darstellung des Sachverhalts,
- die Entscheidung einschließlich ihrer Begründung,
- eine Belehrung über den zulässigen Rechtsbehelf gegen den Bescheid gemäß § 84 Abs. 1 SGG.

(4) Bei der Prüfung wegen Überschreitung von Richtgrößenvolumen (§ 8) können Vereinbarungen nach § 106 Absatz 5 a Satz 4 bzw. 5 d SGB V geschlossen werden (vgl. Anlage 2).

(5) Wird Unwirtschaftlichkeit festgestellt, sollen gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Die gemeinsame Prüfungsstelle kann sich im Rahmen der Prüfrichtlinie (§ 1 Nr. 10) Dritter bedienen, um Beratungen durchzuführen.

Eine Honorarkürzung bzw. ein Regress ist dann ohne vorausgehende Beratung möglich, wenn die gemeinsame Prüfungsstelle ein besonders hohes Maß an Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat.

(6) Pauschale Honorarkürzungen sind insbesondere bei wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit möglich.

(7) Bei der Festsetzung von Regressen für verordnete Leistungen und bei Feststellung eines sonstigen Schadens sind die Zuzahlungen der Versicherten und die den Krankenkassen gewährten Rabatte zu berücksichtigen. Das Nähere wird in der Prüfrichtlinie nach § 1 Nr. 10 geregelt.

§ 14

Verfahren bei der gemeinsamen Prüfungsstelle

(1) Über die Einleitung des Prüfverfahrens ist der Arzt unverzüglich durch die gemeinsame Prüfungsstelle zu benachrichtigen. Er ist dabei auf die Möglichkeit hinzuweisen, innerhalb einer angemessenen Frist schriftlich Stellung zu nehmen.

(2) Der Arzt ist verpflichtet, der gemeinsamen Prüfungsstelle alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung des Verfahrens notwendig sind.

(3) Im Rahmen des Verfahrens kann die gemeinsame Prüfungsstelle nach Maßgabe der Prüfrichtlinien (§ 1 Nr. 10) sachkundige Personen und Gutachter zuziehen.

- (4) Über eingeleitete Prüfverfahren sind die Verbände - bei Antragstellung durch eine Krankenkasse nur der zuständige Verband - und die KVBW unverzüglich zu benachrichtigen. Sie sind am Verfahren beteiligt und berechtigt, sich durch Stellungnahmen zu äußern.
- (5) Das Prüfverfahren bei der gemeinsamen Prüfungsstelle findet grundsätzlich schriftlich statt. Die gemeinsame Prüfungsstelle kann nach Maßgabe der Prüfrichtlinien (§ 1 Nr. 10) für einzelne Prüfverfahren Abweichendes bestimmen.
- (6) Die gemeinsame Prüfungsstelle erteilt den am Verfahren Beteiligten über ihre Entscheidung einen schriftlichen Bescheid oder informiert diese schriftlich über eine anderweitige Erledigung des Verfahrens. Es gelten die §§ 31 SGB X ff.
- (7) Die gemeinsame Prüfungsstelle ist berechtigt, an Stelle eines Bescheides über einen Richtgrößenregress nach Maßgabe der Prüfrichtlinien (§ 1 Abs. 10) mit dem betroffenen Arzt eine Vereinbarung gemäß § 106 Abs. 5a Satz 4 bzw. Abs. 5d SGB V abzuschließen.

§ 15 Widerspruchsverfahren

- (1) Gegen einen Bescheid der gemeinsamen Prüfungsstelle können der betroffene Arzt, die Antrag stellende Krankenkasse, die Verbände oder die KVBW innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch einlegen. Abweichend hiervon findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V ausgeschlossen sind, ein Vorverfahren nicht statt.
- (2) Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der zuständigen Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses einzureichen. Der Widerspruch soll begründet werden. Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 SGG anzuwenden.
- (3) Die zuständige Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses bestätigt den Eingang des Widerspruchs und gibt den übrigen Beteiligten Mehrfertigungen der Widerspruchsunterlagen weiter. Sie sind dabei auf die Möglichkeit hinzuweisen, innerhalb einer angemessenen Frist Stellung zu nehmen (Anhörung). Das Anhörungsrecht kann schriftlich oder mündlich im Rahmen der Sitzung der zuständigen Kammer des Beschwerdeausschusses wahrgenommen werden.
- (4) Der Arzt ist verpflichtet, der zuständigen Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung des Verfahrens notwendig sind.
- (5) Im Rahmen des Verfahrens kann die zuständige Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses nach Maßgabe der Prüfrichtlinien (§ 1 Nr. 10) sachkundige Personen und Gutachter zuziehen.
- (6) Die zuständige Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses entscheidet in einer nicht öffentlichen Sitzung. An den Sitzungen nehmen teil:
 - a. die Mitglieder der zuständigen Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses,
 - b. ein Protokollant der gemeinsamen Prüfungsstelle,

- c. weitere Personen zu Organisations- bzw. Ausbildungszwecken nach Entscheidung des unparteiischen Vorsitzenden,
 - d. vom unparteiischen Vorsitzenden hinzugezogene sachkundige Personen und Gutachter,
 - e. Vertreter der Verfahrensbeteiligten,
 - f. der betroffene Arzt und/oder dessen Bevollmächtigter bzw. Beistand.
- (7) Bei der Beratung und der Beschlussfassung durch die zuständige Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses dürfen nur die in den Buchstaben a - c genannten Personen anwesend sein.
- (8) Die zuständige Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses erteilt den am Verfahren Beteiligten über ihren Beschluss einen schriftlichen Widerspruchsbescheid oder informiert diese über eine anderweitige Erledigung des Verfahrens. Der Bescheid muss mindestens enthalten:
- die Bezeichnung der zuständigen Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses,
 - sowie die an der Beschlussfassung beteiligten Mitglieder der Kammer,
 - den Tag der Beschlussfassung,
 - Angaben über die Prüffart und die Prüfmethode,
 - eine zusammenfassende Darstellung des Sachverhalts,
 - die Entscheidung einschließlich ihrer Begründung,
 - die Unterschrift des jeweiligen unparteiischen Vorsitzenden bzw. im Verhinderungsfall ein von der zuständigen Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses benanntes Mitglied,
 - eine Belehrung über den zulässigen Rechtsbehelf gegen den Bescheid gemäß § 84 Abs. 1 SGG.
- (9) Die zuständige Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses ist im Widerspruchsverfahren berechtigt, an Stelle eines Widerspruchsbescheides über einen Richtgrößenregress nach Maßgabe der Prüfrichtlinien (§ 1 Nr. 10) mit dem betroffenen Arzt eine Vereinbarung gemäß § 106 Abs. 5a Satz 4 bzw. Abs. 5d SGB V abzuschließen.
- (10) Das Nähere zum Verfahren wird in der Geschäftsordnung des gemeinsamen Beschwerdeausschusses geregelt
- (11) Im Übrigen machen die am Sozialgerichtsverfahren beteiligten Körperschaften des öffentlichen Rechts und die Verbände der Ersatzkassen für sich keine Kosten aus einer Entscheidung nach § 193 Abs. 1 SGG geltend. Ein solcher Verzicht gilt auch für Kostenerstattungen nach § 63 SGB X aus Widerspruchsverfahren.

§ 16

Vertretung in Gerichtsverfahren

- (1) Der unparteiische Vorsitzende der zuständigen Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses unterrichtet die Bezirksprüfungsstelle und die übrigen Verfahrensbeteiligten in den Fällen, in denen ein Arzt oder ein anderer Verfahrensbeteiligter Klage gegen einen Widerspruchsbescheid oder sonstige Maßnahmen der Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses vor einem Sozialgericht einlegt. Die Klage vor dem Sozialgericht hat keine aufschiebende Wirkung.

- (2) Im Verfahren vor dem Sozialgericht wird der gemeinsame Beschwerdeausschuss durch den unparteiischen Vorsitzenden der zuständigen Kammer des gemeinsamen Beschwerdeausschusses vertreten, der in der Regel auch den Termin beim Sozialgericht wahrnimmt.
Er ist berechtigt, für das gesamte Verfahren oder einzelne Termine in Abstimmung mit den Vertragspartnern Vollmacht zu erteilen.
- (3) In den Fällen des § 106 Abs. 5 Satz 8 SGB V wird die gemeinsame Prüfungsstelle durch ihren Leiter im Verfahren vor den Sozialgerichten vertreten. Er ist berechtigt, für das gesamte Verfahren oder einzelne Termine Vollmacht an andere Mitarbeiter der gemeinsamen Prüfungsstelle zu erteilen.

§ 17

Vollzug von Honorarkürzungen und Regressen

- (1) Die gemeinsame Prüfungsstelle teilt der KVBW die nach § 13 festgesetzten und vollziehbaren Honorarkürzungen und Regressbeträge mit. Die KVBW ermittelt bei Prüfungen nach den §§ 7 und 12 den jeder Krankenkasse zustehenden Betrag. Sind mehrere Krankenkassen betroffen (bei Prüfungen nach den §§ 6, 8, 9, 10 und 11) erfolgt eine Verteilung von Honorarkürzungen entsprechend der ambulanten kurativen Fallzahlen je Krankenkasse, nur bereichseigene Ärzte, nach Formblatt 3 in Verbindung mit dem BMV-Ä bzw. EKV, bei Regressbeträgen erfolgt die Verteilung auf die Kontenarten 395, 396 und 399 wie vorgenannt, zzgl. der amb. kurativen Fallzahlen aus den Versorgungsverträgen gem. §§ 73b und c SGB V, soweit die Verträge gem. § 73 b Abs. 5 Satz 4 bzw. § 73 c Abs. 4 Satz 3 keine abweichenden Regelungen zu der Anwendung von § 106 SGB V vorsehen.
Die Aufteilung der Honorarkürzungen und Regressbeträge aus Prüfungen bei Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, Krankenhäusern nach § 116b SGB V und sozialpädiatrischen Zentren ermitteln die Krankenkassen selbst und fordern die Beträge an.
- (2) Die KVBW schreibt die nach Absatz 1 ermittelten Beträge den Krankenkassen im Rahmen der Quartalsabrechnung für vertragsärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der für die Abrechnung geltenden gesamtvertraglichen Regelungen gut.
- (3) Die KVBW rechnet Forderungen aus Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren gegenüber dem Arzt im Rahmen der Quartalsabrechnungen für vertragsärztliche Leistungen auf. Die KVBW kann auf Antrag des Arztes Beträge stunden oder erlassen und informiert hierüber die gemeinsame Prüfungsstelle.
- (4) Soweit in Folge sozialgerichtlicher Verfahren Korrekturen der vollzogenen Maßnahmen erforderlich werden, informiert die zuständige Bezirksprüfungsstelle die KVBW. Die KVBW korrigiert die Gut-/Lastschriften nach Abs. 2 und 3 entsprechend.

§ 18

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein, gelten die übrigen Bestimmungen fort. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen werden die Vertragspartner zeitnah eine neue Regelung vereinbaren.

§ 19
Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2008 in Kraft. Abweichend hiervon wird § 4 Abs. 2 letzter Punkt erst für Anträge ab dem Leistungsquartal 4/2008 wirksam.

Im Übrigen gilt für Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren, die sich auf Leistungsquartale bis einschl. 4/2007 beziehen, das bis zum 31.12.2007 vereinbarte materielle Recht (d.h., die Prüfinhalte der jeweiligen Prüfvereinbarungen).

- (2) Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei durch eingeschriebenen Brief mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gegenüber den übrigen Vertragspartnern gekündigt werden.

Eine teilweise Kündigung ist zulässig. In diesem Fall kann der Empfänger der Kündigung mit einer Frist von vierzehn Tagen nach Zugang der Kündigung zum gleichen Termin ganz oder teilweise gegenkündigen.

- (3) Im Falle einer Kündigung gilt die Prüfvereinbarung bis zum Abschluss einer Folgevereinbarung fort.

Stuttgart, Kornwestheim, Ludwigsburg, München, den 16.04.2008

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

AOK Baden-Württemberg

VdAK Landesvertretung
Baden-Württemberg

AEV Landesvertretung
Baden-Württemberg

IKK
Baden-Württemberg und Hessen

BKK Landesverband
Baden-Württemberg

Knappschaft
Verwaltungsstelle München

LKK Baden-Württemberg

**Anlage 2 zur Prüfvereinbarung Baden-Württemberg
vom 16.04.2008 mit Wirkung zum 01.01.2008**

Durchführung der Richtgrößenprüfung nach § 8

- (1) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln wegen Überschreitung der Richtgrößenvolumen erfolgt nach Vorliegen der in Anlage 1 Anhang 5a und 5c der Prüfvereinbarung genannten Ausgabenwerte jeweils getrennt für die Verordnungsbereiche Arzneimittel (einschließlich Verbandmittel) und Heilmittel für das jeweilige Kalenderjahr.
- (2) Richtgrößenprüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als 5% der Praxen einer Fachgruppe durchgeführt werden. Die Vertragspartner können vereinbaren, dass bestimmte Wirkstoffe bzw. Wirkstoff- oder Indikationsgruppen bzw. Heilmittelarten vor der Einleitung von Beratungen und Prüfungen nach § 106 Abs. 5a SGB V Berücksichtigung finden.

Weitere Praxisbesonderheiten ermittelt die gemeinsame Prüfungsstelle auf Antrag des Arztes, auch durch Vergleich mit Diagnosen und Verordnungen in einzelnen Anwendungsbereichen der entsprechenden Fachgruppe. Die für die Bildung der Richtgrößen herangezogenen Maßstäbe sind zu beachten.

Zur Durchführung der Vorab-Prüfung gemäß § 106 Abs. 5a Satz 1 SGB V teilen die KVBW und die Verbände die ihnen vorliegenden Daten und Erkenntnisse über mögliche Praxisbesonderheiten der gemeinsamen Prüfungsstelle mit.

- (3) Überschreitet das Verordnungsvolumen eines Arztes nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 %, beschließt die gemeinsame Prüfungsstelle die Durchführung einer Beratung nach § 106 Abs. 1a SGB V und erlässt hierüber einen rechtsbehelfsfähigen Bescheid.
- (4) Überschreitet das Verordnungsvolumen eines Arztes nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 %, entscheidet die gemeinsame Prüfungsstelle unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Arztes, ob und in welcher Höhe der Arzt den sich aus der Überschreitung ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten hat.
- (5) Eine Festsetzung des den Krankenkassen zu erstattenden Mehraufwands hat innerhalb von 2 Jahren nach Ende des geprüften Ordnungszeitraumes zu erfolgen. Zuzahlungen der Versicherten und die den Krankenkassen gewährten Rabatte sind als pauschalierte Beträge abzuziehen.
- (6) Die gemeinsame Prüfungsstelle soll vor ihren Entscheidungen und Festsetzungen eines Regressbetrags auf eine Vereinbarung mit dem betroffenen Arzt hinwirken, die eine Verminderung des Erstattungsbetrags um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann (§ 106 Abs. 5a Satz 4 SGB V).
- (7) Ein Regress wird nicht festgesetzt, wenn die gemeinsame Prüfungsstelle mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet (§ 106 Abs. 5d SGB V). In der Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf diese Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße ist für den Zeitraum von 4 Quartalen zu vereinbaren und für den folgen-

den Zeitraum zu überprüfen, soweit nichts anderes vereinbart ist.

- (8) Vereinbarungen nach Nrn. 5 und 6 können auch von den zuständigen Kammern des Beschwerdeausschusses geschlossen werden.
- (9) Die Vereinbarungen nach den Nrn. 5 bis 7 sind öffentlich-rechtliche Vereinbarungen i.S. der §§ 53 ff. SGB X und bedürfen zur Wirksamkeit der Schriftform. Vertragsschließende sind die gemeinsame Prüfungsstelle, vertreten durch ihren Leiter bzw. der gemeinsame Beschwerdeausschuss, vertreten durch den unparteiischen Vorsitzenden der zuständigen Kammer, wie auch der betroffene Arzt.
- (10) Einzelheiten über die Vereinbarungen gemäß § 106 Abs. 5a und Abs. 5d SGB V regeln die gemeinsame Prüfungsstelle und der gemeinsame Beschwerdeausschuss in der Prüfrichtlinie (§ 1 Abs. 10). Die Vereinbarungen müssen zeitlich befristet sein und dürfen die Vertragsparteien in der Regel nicht länger als zwei Jahre binden.
- (11) Über den Inhalt der Vereinbarungen nach Nrn. 5 bis 7 werden die KVBW und die Verbände durch die zuständige Bezirksprüfungsstelle informiert.

**Anlage 3 zur Prüfvereinbarung Baden-Württemberg vom
vom 16.04.2008 mit Wirkung zum 01.01.2008**

Durchführung der Prüfung auf Einhaltung der Zielvereinbarungen nach § 9

- (1) Die Prüfung der Nichterreichung der Zielwerte der Zielvereinbarung gemäß Ziff. 4.2 der Arzneimittelvereinbarung 2008 erfolgt, wenn das Ausgabenvolumen gemäß Ziff. 2 der Arzneimittelvereinbarung 2008 nicht eingehalten wurde, der Arzt seine praxisbezogenen Richtgrößenwerte gemäß Anlage 1 der Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung 2008 nach Berücksichtigung aller abzugsfähigen Umstände um mehr als 15 % überschritten hat und mindestens in einem Drittel der vom Arzt verordneten Wirkstoffgruppen die definierten Zielwerte gemäß der Arzneimittelvereinbarung 2008 nicht erreicht wurden.
- (2) Die gemeinsame Prüfungsstelle entscheidet unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Arztes, ob und in welcher Höhe der Arzt den sich aus der Überschreitung ergebenden Mehraufwand an die Krankenkassen zu erstatten hat. Dieser Mehraufwand ist auf den Betrag beschränkt, der sich aus dem rechnerisch ermittelten Einsparpotenzial infolge der Abweichung von der Zielvereinbarung gemäß der Arzneimittelvereinbarung 2008 ergibt. Entscheidungen im Rahmen der Richtgrößenprüfung sind zu berücksichtigen, eine Doppelbelastung des Arztes ist ausgeschlossen.
- (3) Grundlage für die Feststellung einer Überschreitung sind die arztgruppen-spezifischen Richtgrößen gemäß der jeweils geltenden Richtgrößenvereinbarung. Bei der Prüfung werden die Verordnungsdaten eines Kalenderjahres zu Grunde gelegt.
- (4) Das Nähere wird in der Prüfrichtlinie nach § 1 Nr. 10 geregelt.

**Anlage 4 zur Prüfvereinbarung Baden-Württemberg vom
vom 16.04.2008 mit Wirkung zum 01.01.2008**

Durchführung der Zufälligkeitsprüfung nach § 11

(1) Bestimmung und Umfang der Stichprobe

1. Die Stichprobe umfasst insgesamt 2 % der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und ärztlich geleiteten Einrichtungen. Die Grundmenge ergibt sich aus den jeweils für die Honorarabrechnung maßgeblichen arztbezogenen Abrechnungsnummern. Die Vertragspartner können bei der Bildung von Stichprobengruppen - abweichend von Satz 1 - unterschiedliche Stichprobenquoten für einzelne Stichprobengruppen vorsehen. Die Festlegung der Stichprobengruppen und der Prüfkriterien erfolgt im Auftrag der Vertragspartner durch den gemeinsamen Beschwerdeausschuss Baden-Württemberg.
2. Grundlage der Stichprobenziehung sind die gemäß Anlage 1 zur Prüfvereinbarung festgelegten Prüfgruppen als Untergliederung der Gesamtheit aller Vertragsärzte.
3. Die Ziehung der Stichproben erfolgt quartalsweise, spätestens acht Wochen nach Ende des Prüfzeitraums durch die KVBW. Die Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer erfolgt nach dem Zufallsprinzip in einem automatisierten Verfahren.

In die Prüfung werden grundsätzlich keine Ärzte einbezogen, die

- a) innerhalb der letzten acht Quartale in die Stichprobe einbezogen waren,
- b) weniger als drei Quartalsabrechnungen vorgelegt haben oder
- c) in dem zur Prüfung anstehenden Zeitraum weniger als durchschnittlich 50 Behandlungsfälle pro Quartal abgerechnet haben.

Die hiernach von der Prüfung ausgeschlossenen Ärzte verringern nicht die prozentual zu prüfende Gesamtzahl.

4. Die KVBW übermittelt im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern der Prüfungsstelle die arztnummerbezogene Liste der Ärzte, die auf Grund der gezogenen Stichprobe in die Prüfung einbezogen werden. Das Nähere wird in der Anlage 1 zur Prüfvereinbarung geregelt.

Die Prüfungsstelle leitet diese Liste an die Verbände weiter.

5. Die gemeinsame Prüfungsstelle bestimmt auf Grundlage eines automatisierten Verfahrens nach dem Zufallsprinzip für jeden in die Zufälligkeitsprüfung einbezogenen Arzt wiederum eine versichertenbezogene Stichprobe. Diese Stichprobe umfasst 1 % aller vom Arzt im Prüfungszeitraum behandelten Versicherten (ambulant - kurative Behandlungsfälle), mindestens jedoch 25 und höchstens 100 Versicherte je Arzt und Prüfungszeitraum.

(2) Vereinbarung von Prüfgegenständen und Beurteilungskriterien

1. Folgende Prüfungsgegenstände werden vereinbart:

- Prüfung der ärztlichen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes EBM,
- Prüfung von veranlassten Leistungen, insbesondere von aufwändigen Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten,
- Prüfung der Durchführung von Leistungen durch den Überweisungsempfänger,
- Prüfung ärztlicher Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln,
- Prüfung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und der Verordnung von Krankenhausbehandlung.

2. Prüfung ärztlicher Leistungen

Die Beurteilung der ärztlichen Leistungen erfolgt als Prüfung nach Durchschnittswerten, nach den von der Rechtsprechung herausgearbeiteten und in der Prüfvereinbarung niedergelegten Grundsätzen.

Maßgeblich ist insoweit zunächst die Abweichung vom Prüfgruppenschlüssel, sowohl in Bezug auf Einzelleistungen als auch in Bezug auf Leistungsgruppen, Leistungskomplexe und den Gesamtleistungsbedarf (Fallwert). Für den Fall, dass der Prüfgruppenvergleich zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ungeeignet erscheint (z.B. wegen der Größe oder Inhomogenität der Prüfgruppe) kann eine Prüfung nach den Kriterien des Vertikalvergleichs, einer repräsentativen Einzelfallprüfung oder einer reinen Einzelfallprüfung erfolgen.

3. Prüfung veranlasster Leistungen

Die Beurteilung veranlasster Leistungen, insbesondere von aufwändigen Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten, auch von Einrichtungen gemäß § 116b SGB V, erfolgt auf der Grundlage der versichertenbezogenen Stichprobe nach Nr. 1.5. als Einzelfallprüfung.

Ergibt die Überprüfung Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungsveranlassung, kann dies Anlass für die Durchführung weitergehender Prüfungen über die versichertenbezogene Stichprobe hinaus sein. Gegenstand der Prüfung ist ausschließlich die Leistungsveranlassung selbst und nicht die Durchführung der veranlassten Leistung durch einen nicht in der Stichprobe enthaltenen (dritten) Arzt.

4. Prüfung der Durchführung von Überweisungsleistungen

Die Überprüfung der durch einen Überweisungsempfänger erbrachten Leistungen bezieht sich ausschließlich auf solche Leistungen, die von den in der Stichprobe enthaltenen Ärzten als Empfänger einer Überweisung durchgeführt wurden. Die Prüfung erfolgt zunächst auf der Grundlage der versichertenbezogenen Stichprobe nach Nr. 1.5. als Einzelfallprüfung.

Ergibt die Überprüfung, dass Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung (insbesondere Überschreitung des Überweisungsauftrags, bzw. Abweichung vom Überweisungsauftrag) bestehen, kann dies Anlass für die Durchführung weitergehender Prüfungen über die versichertenbezogene Stichprobe hinaus sein (zum Beispiel im Rahmen einer Hochrechnung).

5. Prüfung der Verordnungsweise von Arznei- und Heilmitteln

Die Überprüfung ärztlich verordneter Leistungen (Arznei- und Heilmittel) erfolgt sowohl im Rahmen von Durchschnittswerten (soweit kein Richtgrößenwert für die Praxis gilt) sowie von Einzelfallprüfungen. Letztere erfolgen auf Grundlage der versichertenbezogenen Stichprobe nach Nr. 1.5. oder aber im Rahmen einer qualifizierten Stichprobenziehung (mit Bezug auf Diagnosen, Pharmazentralnummern, Wirkstoffgruppen, Heilmittelpositionsnummern, etc.). Weitere Kriterien können auf Anregung der jeweils zuständigen Kommission der ARGE Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt werden.

Soweit sich Anhaltspunkte auf Unwirtschaftlichkeiten oder Verstöße gegen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben, kann dies ebenfalls Anlass zu weitergehenden Prüfungen sein (einzelne Arznei- und Heilmittel oder Verordnungsmengen).

6. Prüfung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeiten und der Verordnung von Krankenhausbehandlung

Die Beurteilung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und der Verordnung von Krankenhausbehandlungen erfolgt ebenfalls einzelfallbezogen anhand der versichertenbezogenen Stichprobe nach Nr. 1.5. In Bezug auf die Prüfung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit ist die vorherige Einbeziehung des MDK entsprechend § 275 Abs. 1b SGB V zu beachten. Diesbezüglich werden die in den versichertenbezogenen Stichproben enthaltenen Fälle, in denen eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden ist, zunächst an den MDK weitergeleitet, der die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit zeitnah begutachtet und das Ergebnis der Prüfungsstelle mitteilt.

(3) Prüfzeitraum

Der Prüfzeitraum beträgt ein Jahr und umfasst das Quartal, aus dem die Stichprobe gezogen wird und die drei diesem Quartal vorhergehenden Abrechnungsquartale. Eine Stichprobe wird erstmalig für das Leistungsquartal 1/2008 und damit für den Prüfzeitraum 2/2007 bis 1/2008 bestimmt.

(4) Information der Vertragsärzte

1. Die gemeinsame Prüfungsstelle informiert die in die Stichprobe einbezogenen Ärzte über die Einleitung der Zufälligkeitprüfung und den betroffenen Prüfungszeitraum.
2. Werden im Rahmen der weiteren Prüfung Sachverhalte festgestellt, die den Verdacht einer Unwirtschaftlichkeit begründen, sind die festgestellten Sachverhalte dem Arzt mit der Möglichkeit einer Stellungnahme mitzuteilen.
3. Ergeben sich keine Auffälligkeiten, wird der betroffene Arzt nach entsprechender Feststellung durch die gemeinsame Prüfungsstelle über den Abschluss des Prüfverfahrens informiert.
4. Ergeben sich während der Prüfung Anhaltspunkte für eine Prüfung nach § 106 a SGB V, übermittelt die gemeinsame Prüfungsstelle die entsprechenden Erkenntnisse an die Vertragspartner, die über das weitere Vorgehen entscheiden.

(5) Datenlieferung

Die KVBW und die Krankenkassen liefern die zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfung erforderlichen Daten der Prüfungsstelle spätestens sechs Monate nach Ablauf des Prüfzeitraums auf maschinell verwertbaren Datenträgern. Der Inhalt der von der KVBW und den Krankenkassen zur Verfügung zu stellenden Daten richtet sich nach § 297 SGB V sowie den maßgeblichen Vorschriften des Datenträgeraustauschverfahrens in der jeweils gültigen Fassung sowie Anlage 1 dieser Prüfvereinbarung

Protokollnotiz

zur Prüfvereinbarung Baden-Württemberg vom 16.04.2008

zu § 7 Abs. 6 und § 12 Abs. 8

Wird eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall oder eine Prüfung und Feststellung eines sonstigen Schadens wegen Unterschreitens der Bagatellgrenze nicht durchgeführt, informiert die zuständige Bezirksprüfungsstelle den Arzt über die Antragstellung.

Stuttgart, Kornwestheim, Ludwigsburg, München, den 16.04.2008

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

AOK Baden-Württemberg

VdAK Landesvertretung
Baden-Württemberg

AEV Landesvertretung
Baden-Württemberg

IKK
Baden-Württemberg und Hessen

BKK Landesverband
Baden-Württemberg

Knappschaft
Verwaltungsstelle München

LKK Baden-Württemberg