

P r ü f v e r e i n b a r u n g

**über das Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung
in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 106 SGB V**

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
(nachfolgend KVMV genannt)**

einerseits und

**der AOK Mecklenburg-Vorpommern
Die Gesundheitskasse.
(zugleich handelnd für die Knappschaft),**

dem BKK - Landesverband NORD,

**der LKK Mittel- und Ostdeutschland,
(handelnd als Landesverband für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung),**

dem IKK - Landesverband Nord,

sowie den Ersatzkassen

- **Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal**
- **Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg**
- **Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg**
- **Kaufmännische Krankenkasse – KKH (KKH), Hannover**
- **Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd**
- **HEK – Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg**
- **Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg**
- **hkk, Bremen**

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gemäß § 212 Abs. 5
S. 6 und S. 7 SGB V:**

**Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Siegburg,
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern**

(nachfolgend Landesverbände genannt)

andererseits

Inhaltsverzeichnis

Präambel

I. Allgemeine Grundsätze zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit

- § 1 Begriffsbestimmungen
- § 2 Unterrichtung der Vereinbarungspartner
- § 3 Zusammenarbeit der Vereinbarungspartner

II. Einrichtungen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit

- § 4 Gemeinsame Prüfungseinrichtungen
- § 5 Aufgaben der gemeinsamen Prüfungsstelle
- § 6 Aufgaben des Vorsitzenden des gemeinsamen Beschwerdeausschusses
- § 7 Pflichten und Rechte der Mitglieder des gemeinsamen Beschwerdeausschusses

III. Verfahren vor den gemeinsamen Prüfungseinrichtungen

- § 8 Verfahren vor der gemeinsamen Prüfungsstelle
- § 9 Widerspruchsverfahren
- § 10 Verfahren vor dem gemeinsamen Beschwerdeausschuss
- § 11 Bescheiderteilung

IV. Grundsätze zum Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit

- § 12 Prüfung von Amts wegen
- § 13 Prüfung auf Antrag
- § 14 Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten
- § 15 Prüfung von Berufsausübungsgemeinschaften
- § 16 Honorarwirksame Begrenzungsregelungen
- § 17 Gezielte Beratung des Vertragsarztes
- § 18 Bagatellgrenze
- § 19 Datengrundlage

V. Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

- § 20 Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- § 21 Prüfmethode
- § 22 Auffälligkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen
- § 23 Überprüfung ärztlich verordneter Arzneimittel bei Überschreitung der Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit
- § 24 Zufälligkeitsprüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen
- § 25 Durchschnittswertprüfungen ärztlicher Leistungen
- § 26 Durchschnittswertprüfung ärztlich verordneter Leistungen
- § 27 Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise in Einzelfällen
- § 28 Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise in Einzelfällen
- § 29 Prüfung in besonderen Fällen

§ 30 Feststellung eines sonstigen Schadens

VI. Beratungsaufgabe der gemeinsamen Prüfungsstelle

§ 31 Beratung in erforderlichen Fällen

VII. Informationspflicht

§ 32 Übersicht über die Zahl der durchgeführten Maßnahmen

VIII. Kostenregelung

§ 33 Ausgleich der Kosten für die Durchführung der Prüfung

IX. Inkrafttreten und Kündigung

§ 34 Inkrafttreten

§ 35 Kündigung

§ 36 Salvatorische Klausel

Anlagen

- **Anlage 1** zur Prüfvereinbarung: Verfahren zur Durchführung der arztbezogenen Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Ziff. 2 SGB V i.V.m. § 24 Abs. 9 der Prüfvereinbarung

- **Anlage 2** zur Prüfvereinbarung: Vergleichsgruppeneinteilung Durchschnittswertprüfung

- **Anlage 3** zur Prüfvereinbarung: Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen (Richtgrößenprüfung) gemäß § 22 der Prüfvereinbarung

- **Anlage 4** zur Prüfvereinbarung: Verfahren zum Ausgleich des durch die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen festgesetzten Rückforderungsbetrages der Krankenkassen gegenüber dem Vertragsarzt aufgrund individuell festgestellter Unwirtschaftlichkeit bei verordneten Leistungen (Prüfung bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens gem. § 106 Abs. 5c SGB V bzw. § 22 Abs. 10 Prüfvereinbarung)

Protokollnotizen

Anhang

- § 106 SGB V in der Fassung des GKV-WSG
- Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse nach § 106 Abs. 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung – WiPrüfVO)

Präambel

Mit der vorliegenden Prüfvereinbarung vereinbaren KVMV und Landesverbände Inhalt und Durchführung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung sowie der Durchführung von Beratungen der Vertragsärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der von ihnen erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen gemeinsam und einheitlich.

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich im Bewusstsein ihrer Verantwortung für das solidarisch finanzierte System der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit im Rahmen der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Der Inhalt dieser Prüfvereinbarung beruht auf § 106 SGB V in der Fassung des „Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ sowie auf dem Inhalt der „Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse nach § 106 Abs. 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung – WiPrüfVO)“. Die Vorschrift des § 106 SGB V sowie der Inhalt der WiPrüfVO sind im Anhang dieser Prüfvereinbarung wiedergegeben.

I. Allgemeine Grundsätze zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit

§ 1

Begriffsbestimmungen

Als Vertragsarzt im Sinne dieser Vereinbarung gelten niedergelassene Vertragsärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ermächtigte Ärzte, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin, zugelassene Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, ermächtigte (ärztlich geleitete) Einrichtungen, Medizinische Versorgungszentren, sämtliche (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften sowie die bei Vertragsärzten, Psychologischen Psychotherapeuten oder Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte oder Psychotherapeuten. Soweit in dieser Vereinbarung der Begriff „ärztlich“ bzw. „vertragsärztlich“ verwendet wird, gilt dieser Begriff entsprechend für die Psychologischen Psychotherapeuten.

§ 2

Unterrichtung der Vereinbarungspartner

(1) Stellen die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen (vgl. § 4) fest, dass ein Vertragsarzt trotz vorausgegangener Maßnahmen nicht erkennen lässt, dass er zu einer wirtschaftlichen Behandlungs- und/oder Ordnungsweise bereit ist (fortgesetzte Unwirtschaftlichkeit), so haben sie die KVMV und die Landesverbände hiervon zu unterrichten.

(2) Stellt die gemeinsame Prüfungsstelle oder der gemeinsame Beschwerdeausschuss Besonderheiten oder Unkorrektheiten in der Abrechnung eines Vertragsarztes fest, die nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind, so teilen sie dies der KVMV und den Landesverbänden unverzüglich mit. Dies gilt insbesondere bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung sowie im Falle des Verdachts des Abrechnungsbetruges. Gegebenenfalls kann das jeweilige Prüfungsgremium das laufende Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung insoweit bis zum Abschluss der Abrechnungsprüfung vertagen.

(3) Stellt die gemeinsame Prüfungsstelle oder der gemeinsame Beschwerdeausschuss Besonderheiten oder Auffälligkeiten bei der Leistungsanspruchnahme einzelner Versicherter fest (Verdacht des Leistungsmissbrauchs), so teilen sie dies ebenfalls der KVMV und den Landesverbänden unverzüglich mit.

§ 3

Zusammenarbeit der Vereinbarungspartner

(1) Für den Fall, dass sich bei der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen Auslegungsfragen oder klärungsbedürftige Sachverhalte ergeben, nehmen die Vertragspartner ihre Verantwortung im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung wahr und verpflichten sich zu einer frühzeitigen Verständigung.

(2) Der Leiter der gemeinsamen Prüfungsstelle kann bei Bedarf eine Sitzung einberufen, an der neben dem Leiter der Prüfungsstelle jeweils vier Vertreter der KVMV und vier Vertreter der Krankenkassen teilnehmen. Die Sitzung soll dazu dienen, klärungsbedürftige Sachverhalte von grundsätzlicher Bedeutung, insbesondere im Zusammenhang mit der Umsetzung dieser Prüfvereinbarung, einer einvernehmlichen Lösung durch die Vertragspartner zuzuführen und die Wirtschaftlichkeitsprüfung dahingehend fortzuentwickeln, dass die unterschiedlichen Interessen der Vertragspartner und der betroffenen Ärzte jeweils ausreichend Berücksichtigung finden; die Erörterung von Einzelfällen ist nicht Gegenstand der Sitzung. Der Leiter der gemeinsamen Prüfungsstelle verschickt mit der Einladung eine Tagesordnung, die bei Bedarf von der KVMV und den Krankenkassen ergänzt werden kann. Die Sitzung soll in der Regel nicht häufiger als einmal im Quartal einberufen werden. Die Ergebnisse sind von der Prüfungsstelle in geeigneter Weise zu dokumentieren und den Vereinbarungspartnern innerhalb von 2 Monaten zuzuleiten. Die Vereinbarungspartner tragen die Kosten für die von ihnen in die Sitzung entsandten Vertreter selbst.

II. Einrichtungen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit

§ 4

Gemeinsame Prüfungseinrichtungen

(1) Über die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Ordnungsweise in der vertragsärztlichen Versorgung entscheiden die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen unter Beachtung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen.

(2) Als gemeinsame Prüfungseinrichtungen bilden die Vertragspartner bei der KVMV eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss jeweils als organisatorisch selbstständige Einheiten, die ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahrnehmen. Der gemeinsame Beschwerdeausschuss wird bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben von der gemeinsamen Prüfungsstelle nach Maßgabe dieser Prüfvereinbarung unterstützt.

(3) Die gemeinsame Prüfungsstelle wird bei der KVMV eingerichtet und hat ihren Sitz im Hause der KVMV. Der von den Vereinbarungspartnern berufene Leiter der gemeinsamen Prüfungsstelle führt ihre laufenden Geschäfte und gestaltet ihre innere Organisation so, das sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a SGB X gerecht wird. Auf Vorschlag des Leiters der Geschäftsstelle einigen sich die Vereinbarungspartner jährlich bis zum 30. November über die personelle, sachliche und finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle für das folgende Kalenderjahr.

(4) Der gemeinsame Beschwerdeausschuss wird bei der KVMV eingerichtet und hat seinen Sitz im Hause der KVMV. Seine Amtsdauer beträgt zwei Jahre. Der gemeinsame Beschwerdeausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie aus jeweils vier Vertretern der KVMV und der Krankenkassen. Dabei können Mitarbeiter der KVMV oder Mitglieder ärztlicher Fach-/Berufsverbände als Vertreter der KVMV sowie Mitarbeiter der Verbände der Krankenkassen für ihre Mitgliedschaften und Mitarbeiter kassenfinanzierter Einrichtungen (MDK) als Vertreter der Krankenkassen in dem Ausschuss tätig werden. Für den unparteiischen Vorsitzenden sowie für die Vertreter von KVMV und Krankenkassen sind Stellvertreter in ausreichender Zahl zu benennen.

(5) Über den unparteiischen Vorsitzenden des gemeinsamen Beschwerdeausschusses sowie seinen Stellvertreter einigen sich die KVMV und die Landesverbände. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter können aus wichtigem Grund jeweils von der Aufsichtsbehörde oder von den Vertragspartnern durch übereinstimmenden Beschluss abberufen werden. Soweit die Aufsichtsbehörde im Benehmen mit der KVMV und den Landesverbänden den jeweiligen Vorsitzenden und seinen Stellvertreter berufen hat (§ 106 Abs. 4 Satz 6 SGB V), darf ausschließlich die Aufsichtsbehörde den Vorsitzenden und seine Stellvertreter abberufen.

(6) Die KVMV und die Krankenkassen haben die von ihnen in den gemeinsamen Beschwerdeausschuss entsandten Vertreter sowie deren Stellvertreter gegenüber der Prüfungsstelle anzuzeigen. Die KVMV und die Krankenkassen können die von ihnen entsandten Vertreter (bzw. deren Stellvertreter) aus wichtigem Grund abberufen. Die Abberufung ist der Prüfungsstelle unter Benennung des neu berufenen Vertreters unverzüglich anzuzeigen.

(7) Der gemeinsame Beschwerdeausschuss kann in Kammern gegliedert werden, sofern dies aufgrund der Anzahl anhängiger Widerspruchsverfahren geboten erscheint, um eine zeitnahe Widerspruchsbearbeitung zu gewährleisten. Die Vereinbarungspartner verständigen sich im Einzelfall darüber, ob und gegebenenfalls für welchen Zeitraum eine Veranlassung zur Kammerbildung besteht. Soweit Kammern ge-

bildet werden, bestehen diese jeweils aus dem unparteiischen Vorsitzenden oder seinem Stellvertreter und jeweils vier Vertretern der KVMV und der Krankenkassen.

(8) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss legen gemeinsam den Vereinbarungspartnern einmal jährlich – spätestens zum 30. September eines Jahres – eine Einnahmen- und Ausgabenübersicht für das kommende Geschäftsjahr und spätestens zwei Monate nach Ablauf eines Geschäftsjahres einen Rechenschaftsbericht über die verauslagten Kosten des abgelaufenen Geschäftsjahres vor. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Für die Planung und Ausführung von Einnahmen und Ausgaben gelten die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit.

§ 5

Aufgaben der gemeinsamen Prüfungsstelle

(1) Die gemeinsame Prüfungsstelle entscheidet, ob der Vertragsarzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Dabei sollen gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Bei ihren Entscheidungen hat die gemeinsame Prüfungsstelle die in § 8 getroffenen Regelungen zur Verfahrensweise zu beachten.

(2) Die gemeinsame Prüfungsstelle hat neben ihren sich aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch ergebenden Aufgaben insbesondere

- a) im Auftrag des Vorsitzenden mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu den Ausschusssitzungen zu laden und die Vorlagen zu übersenden,
- b) das Protokoll der Sitzungen zu führen,
- c) die Entwürfe der Niederschriften und Entwürfe der Bescheide zu erstellen,
- d) Stellungnahmen zu Verfahren, Niederschriften und Bescheiden sowie die Sitzungsprotokolle zu versenden,
- e) die Prüfsakten zu führen,
- f) ein laufendes Verzeichnis über die eröffneten Prüfungsverfahren, den Verfahrensstand, Widersprüche, Klageverfahren und deren Ergebnisse zu führen,
- g) die Einnahmen- und Ausgabenübersicht und den Rechenschaftsbericht nach § 4 Abs. 8 vorzubereiten,
- h) für jedes Kalenderjahr für Zwecke des § 106 Abs. 7 Satz 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 Vertragspartnern und der Aufsichtsbehörde vorzulegen.

(3) Die Vorlagen nach Abs. 2 lit. a können entweder in Papierform oder im Wege der elektronischen Datenübermittlung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt werden.

(4) Die Mitarbeiter der gemeinsamen Prüfungsstelle sind ausschließlich dem Leiter der Prüfungsstelle sowie dem Ausschuss gegenüber fachlich weisungsgebunden. In sonstigen Angelegenheiten ist Einvernehmen mit der KVMV, bei der die Prüfungsstelle errichtet ist, herzustellen.

(5) In den Fällen, in denen kein Widerspruchsverfahren stattfindet (vgl. § 9 Abs. 7 i.V.m. § 106 Absatz 5 Satz 8 SGB V) wird die gemeinsame Prüfungsstelle durch ihren Leiter gerichtlich vertreten. Insbesondere für den Fall, dass der Leiter der Geschäftsstelle kein Jurist mit der Befähigung zum Richteramt ist, kann er für die Vertretung des Ausschusses vor den Sozialgerichten in Abstimmung mit der KVMV und den Landesverbänden Vollmacht erteilen.

§ 6

Aufgaben des Vorsitzenden des gemeinsamen Beschwerdeausschusses

(1) Der Vorsitzende des gemeinsamen Beschwerdeausschusses ist für die Durchführung der Aufgaben des Ausschusses verantwortlich. Er führt die laufenden Geschäfte des Ausschusses und wird hierbei von der gemeinsamen Prüfungsstelle unterstützt. Insbesondere hat er

- a) die Sitzungstermine im Benehmen mit den Ausschussmitgliedern festzusetzen,
- b) soweit erforderlich, unabhängige Sachverständige mit der Erstellung von Gutachten zu beauftragen,
- c) die Entscheidungen vorzubereiten, einschließlich der Anforderung von Angaben und Beweismitteln von den Beteiligten sowie der Zustellung von Anträgen und Schriftsätzen an die Beteiligten,
- d) die Sitzungen zu leiten,
- e) den Ausschuss gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten.

(2) Der Vorsitzende sowie der Stellvertreter des gemeinsamen Beschwerdeausschusses erhalten für ihre Tätigkeit eine Entschädigung nach den von den Vertragspartnern hierzu getroffenen Regelungen.

§ 7

Pflichten und Rechte der Mitglieder des gemeinsamen Beschwerdeausschusses

(1) Die Mitglieder des gemeinsamen Beschwerdeausschusses sind verpflichtet, an den Sitzungen teilzunehmen; bei Verhinderung haben sie die Prüfungsstelle und ih-

ren Stellvertreter zu benachrichtigen sowie die Terminladung und die Unterlagen an den Stellvertreter weiterzureichen. Dies gilt entsprechend für die Stellvertreter.

(2) Die von den Vertragspartnern in den gemeinsamen Beschwerdeausschuss entsandten Vertreter sind gegenüber den sie entsendenden Organisationen nicht weisungsgebunden. Allerdings soll sich der gemeinsame Beschwerdeausschuss um eine einheitliche Spruchpraxis bemühen.

(3) Ein ärztliches Mitglied im gemeinsamen Beschwerdeausschuss darf bei der Prüfung seiner eigenen ärztlichen Tätigkeit oder der ärztlichen Tätigkeit eines Verwandten im Sinne des § 16 Abs. 5 SGB X nicht als Ausschussmitglied mitwirken. Gleiches gilt für die Partner einer Praxisgemeinschaft oder einer Gemeinschaftspraxis einschließlich zugelassener Einrichtungen und Medizinischer Versorgungszentren. Im übrigen gelten für die Ausschussmitglieder die allgemeinen Regeln zum Ausschluss von Personen und zur Besorgnis der Befangenheit gemäß §§ 16, 17 SGB X.

(4) Die Mitglieder des Ausschusses und ihre Stellvertreter dürfen personenbezogene Daten, die ihnen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit in den gemeinsamen Prüfungseinrichtungen zur Kenntnis gelangen, nicht unbefugt offenbaren. Sie haben auch nach Beendigung ihres Amtes über den Hergang der Beratung sowie über die Person des vom Prüfverfahren betroffenen Vertragsarztes und über die Abstimmung Stillschweigen im Rahmen des Sozialgeheimnisses (§ 35 SGB I) zu bewahren. Eine Mitteilung über die gefassten Beschlüsse gegenüber den bestellenden Landesverbänden sowie gegenüber der bestellenden KVMV ist davon ausgenommen. Die Mitglieder des Ausschusses haben gegenüber den bestellenden Vertragspartnern die Erklärung nach dem Gesetz über die förmliche Verpflichtung nicht beamteter Personen und die Erklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz abzugeben.

(5) Die Mitglieder des gemeinsamen Beschwerdeausschusses haben Anspruch auf Erstattung ihrer Auslagen sowie auf eine Entschädigung nach den für die Mitglieder der Organe der von ihnen vertretenen Vertragspartnern geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich jeweils gegen den sie entsendenden Vertragspartner.

III. Verfahren vor den gemeinsamen Prüfungseinrichtungen

§ 8

Verfahren vor der gemeinsamen Prüfungsstelle

(1) Die gemeinsame Prüfungsstelle entscheidet im schriftlichen Verfahren. Vor den Entscheidungen ist dem betroffenen Vertragsarzt Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu geben. Der Vertragsarzt kann eine mündliche Anhörung beantragen. Über den Antrag entscheidet der Leiter der gemeinsamen Prüfungsstelle. Dem Antrag soll in der Regel entsprochen werden, wenn eine mündliche Anhörung für eine sachgerechte Entscheidungsfindung erforderlich erscheint.

(2) Die gemeinsame Prüfungsstelle trifft ihre Entscheidungen auf der Grundlage der ihr nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vorliegenden Daten so-

wie unter Einbeziehung der Stellungnahme des betroffenen Arztes. Die vom Arzt im Laufe des Verfahrens eingereichten Unterlagen (Fall-Dokumentationen, eigene Verordnungsdaten u.ä.) sind bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen.

(3) Es gilt der Amtsermittlungsgrundsatz. Die gemeinsame Prüfungsstelle ist verpflichtet, die für eine sachgerechte Entscheidung notwendigen ergänzenden Informationen beim betroffenen Vertragsarzt, der KVMV, den Landesverbänden, den Krankenkassen sowie ggf. Dritten einzuholen. Darüber hinaus sollen Sachverständige mit einer schriftlichen Begutachtung beauftragt werden, es sei denn, der zur Entscheidung anstehende Sachverhalt weist in tatsächlicher, rechtlicher und medizinischer Hinsicht keine besonderen Schwierigkeiten auf, bzw. es liegen für gleichartige Sachverhalte bereits Prügutachten vor. Bei der Auswahl der Sachverständigen ist auf eine besondere Sachnähe z.B. im Hinblick auf das ärztliche Fachgebiet, das Führen von Schwerpunktbezeichnungen, Subspezialisierungen u.ä. zu achten.

(4) Soweit einzelne Prüfverfahren Vertragsärzte betreffen, deren Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung unmittelbar bevorsteht bzw. die bereits aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschieden sind, sollen diese Verfahren vorrangig und beschleunigt bearbeitet werden.

§ 9

Widerspruchsverfahren

(1) Der betroffene Vertragsarzt, die KVMV, die betroffenen Krankenkassen und die Landesverbände können gegen die Entscheidungen der gemeinsamen Prüfungsstelle Widerspruch zum gemeinsamen Beschwerdeausschuss erheben.

(2) Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Prüfbescheides bei der gemeinsamen Prüfungsstelle oder beim gemeinsamen Beschwerdeausschuss schriftlich oder zur Niederschrift durch die Prüfungsstelle einzulegen. Wird der Widerspruch bei der gemeinsamen Prüfungsstelle eingelegt, ist dieser an den gemeinsamen Beschwerdeausschuss weiterzuleiten.

(3) Widersprüche sollen innerhalb eines Quartals nach Ablauf der Widerspruchsfrist schriftlich begründet werden. Nach Ablauf dieser Frist kann auch ohne Vorliegen einer Begründung über den Widerspruch entschieden werden.

(4) Widersprüche, Widerspruchsbegründungen, Stellungnahmen und sonstige Anträge sind durch die gemeinsame Prüfungsstelle den übrigen Verfahrensbeteiligten zur Kenntnis zu bringen. Die Prüfungsstelle kann Verfahrensbeteiligte unter Setzung einer angemessenen Frist zu einer Stellungnahme auffordern.

(5) Der Widerspruch soll innerhalb von 6 Monaten nach dessen Eingang auf die Tagesordnung des gemeinsamen Beschwerdeausschusses gesetzt werden.

(6) Widersprüche gegen Entscheidungen der gemeinsamen Prüfungsstelle haben aufschiebende Wirkung.

(7) Abweichend von Absatz 1 findet in den Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder die Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses ausgeschlossen sind, kein Widerspruchsverfahren statt (vgl. § 106 Absatz 5 Satz 8 SGB V). In diesen Fällen ist gegen die Entscheidungen der gemeinsamen Prüfungsstelle unmittelbar Klage zum Sozialgericht zu erheben.

§ 10

Verfahren vor dem gemeinsamen Beschwerdeausschuss

(1) Das Verfahren vor dem gemeinsamen Beschwerdeausschuss findet als mündliche Verhandlung statt. Im Beschwerdeverfahren ist dem betroffenen Vertragsarzt Gelegenheit zu einer persönlichen Anhörung zu geben. Im übrigen gelten die für das Verfahren vor der Prüfungsstelle getroffenen Regelungen sinngemäß auch für das Verfahren vor dem gemeinsamen Beschwerdeausschuss.

(2) Der gemeinsame Beschwerdeausschuss entscheidet in nicht-öffentlichen Sitzungen. Neben den Ausschussmitgliedern können Mitarbeiter der Prüfungsstelle zum Zwecke der Protokollführung sowie gegebenenfalls beauftragte Sachverständige an den Sitzungen teilnehmen.

(3) Zu den Sitzungen des gemeinsamen Beschwerdeausschusses sind die KVMV, die Landesverbände sowie der betroffene Vertragsarzt mit einer Frist von zwei Wochen zur mündlichen Verhandlung zu laden. Es kann auch in Abwesenheit Beteiligter verhandelt werden, falls in der Ladung darauf hingewiesen ist. Auf Antrag eines Beteiligten soll eine Vertagung der mündlichen Verhandlung erfolgen, wenn dieser aus wichtigem Grund an einer Teilnahme gehindert ist. Über den Vertagungsantrag entscheidet der Vorsitzende. Eine mündliche Verhandlung kann nur in begründeten Ausnahmefällen öfter als drei Mal nach entsprechender Beschlussfassung durch den gemeinsamen Beschwerdeausschuss vertagt werden.

(4) Der Ausschuss ist beschlussfähig, wenn der unparteiische Vorsitzende bzw. sein Stellvertreter und mindestens jeweils zwei Vertreter der KVMV sowie der Krankenkassen anwesend sind. Kann eine Sitzung wegen fehlender Beschlussfähigkeit nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden, kann nach erneuter Ladung bei Anwesenheit des Vorsitzenden bzw. stellvertretenden Vorsitzenden mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder entschieden werden. Bei der Abstimmung ist stets die Parität zwischen Vertretern der Krankenkassen und Vertretern der KVMV zu gewährleisten. Überzählige Mitglieder nehmen insoweit an der Abstimmung nicht teil und werden durch das Los ermittelt, sofern nicht ein freiwilliger Verzicht auf das Stimmrecht erfolgt. Beratung und Beschlussfassung erfolgen in Abwesenheit der am Verfahren Beteiligten.

(5) Der Ausschuss beschließt mit Stimmenmehrheit. Stimmenthaltung ist nicht möglich.

(6) Für das Widerspruchsverfahren können - insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer besonderen Sachnähe (z.B. bei gleicher Fachgebietszugehörigkeit oder Führung derselben Schwerpunktbezeichnung) - Berichterstatter als Sachverständige aus

dem Kreis der Ausschussmitglieder benannt werden, die den Sachverhalt vortragen und eine gutachtliche Stellungnahme abgeben. Mit dieser Aufgabe können auch unabhängige Sachverständige beauftragt werden, die nicht Mitglied im gemeinsamen Beschwerdeausschuss sind. Soweit dies zweckmäßig ist, können auch schriftliche Prüfgutachten in Auftrag gegeben werden.

(7) Über die mündlichen Verhandlungen des gemeinsamen Beschwerdeausschusses sind Niederschriften anzufertigen. Sachvorträge von Ausschussmitgliedern oder Sachverständigen sind auf deren Verlangen in die Niederschrift aufzunehmen. Ausfertigungen der Niederschriften erhalten innerhalb von 2 Monaten nach Beschlussfassung die KVMV, die Landesverbände und die beteiligte Krankenkasse, sofern sie Antragsteller ist.

(8) Im sozialgerichtlichen Verfahren wird der gemeinsame Beschwerdeausschuss durch den Vorsitzenden vertreten. Insbesondere für den Fall, dass der Vorsitzende des gemeinsamen Beschwerdeausschusses kein Jurist mit der Befähigung zum Richteramt ist, kann er für die Vertretung des Ausschusses vor den Sozialgerichten in Abstimmung mit der KVMV und den Landesverbänden Vollmacht erteilen.

§ 11 Bescheiderteilung

(1) Über ihre Entscheidungen erlassen die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen einen schriftlichen Bescheid, der zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung gemäß § 36 SGB X zu versehen ist.

(2) Bescheide sollen spätestens 2 Monate nach Beschlussfassung ausgefertigt und versandt werden. Der Bescheid der gemeinsamen Prüfungsstelle ist dem betroffenen Vertragsarzt und den übrigen Verfahrensbeteiligten bekannt zu geben, Widerspruchsbescheide des gemeinsamen Beschwerdeausschusses sind den Beteiligten zuzustellen.

IV. Grundsätze zum Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit

§ 12 Prüfung von Amts wegen

Soweit gesetzlich bzw. durch die Partner dieser Vereinbarung nichts anderes bestimmt ist, prüft die gemeinsame Prüfungsstelle die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Amts wegen.

§ 13

Prüfung auf Antrag

(1) Über die Prüfung von Amts wegen hinaus prüft die gemeinsame Prüfungsstelle die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung auf Antrag. Antragsberechtigt sind die KVMV, die Landesverbände sowie einzelne Krankenkassen. Gemeinsame Anträge sind möglich.

(2) Der Antrag zur Prüfung ist zu begründen und muss den betroffenen Vertragsarzt, den Prüfungsgegenstand und das (die) zu prüfende(n) Quartal(e) bezeichnen. Er ist mit den erforderlichen Unterlagen bei der gemeinsamen Prüfungsstelle einzureichen. Soweit in dieser Vereinbarung nichts anderes bestimmt ist, können Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung nur innerhalb von neun Monaten nach Ende des zu prüfenden Quartals gestellt werden.¹ Die Frist von neun Monaten gilt nicht, sofern sich im Rahmen einer Abrechnungsprüfung gemäß § 106a SGB V Anhaltspunkte dafür ergeben haben, dass ein Vertragsarzt Leistungen in einem unwirtschaftlichen Ausmaß erbracht hat und die KVMV oder eine Krankenkasse daraufhin einen Antrag auf Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung stellen. In diesen Fällen gilt die sich aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ergebende Ausschlussfrist von vier Jahren.

(3) Sofern Vertragsärzte aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden bzw. deren Ausscheiden unmittelbar bevorsteht, prüfen die Antragsberechtigten unverzüglich, ob Veranlassung zur Stellung von Prüfanträgen bezüglich ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen besteht. Sofern dies der Fall ist, sind entsprechende Anträge ebenfalls unverzüglich zu stellen.

(4) Die Verfahrensbeteiligten sind von den Prüfverfahren sowie den gestellten Anträgen - soweit sie nicht selbst Antragsteller sind - zu unterrichten. Die Stellungnahmen sind den übrigen Verfahrensbeteiligten zur Kenntnis zu bringen.

(5) Über Anträge auf Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung soll die gemeinsame Prüfungsstelle innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung entscheiden.

§ 14

Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

(1) Die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen haben bei ihren Entscheidungen über die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und/oder Verordnungsweise Praxisbesonderheiten und/oder kompensatorische Einsparungen des Vertragsarztes zu berücksichtigen, sofern sie aus den Unterlagen oder in sonstiger Weise (z.B. aufgrund vorangegangener Prüfverfahren) bekannt sind oder vom betroffenen Vertragsarzt nachgewiesen werden und nicht bereits in den Prüfkriterien (z.B. Richtgrößenprü-

¹ Hinsichtlich der Antragsfrist von neun Monaten gehen die Vereinbarungspartner davon aus, dass zwischen dem Vorliegen der für die Entscheidung über die Antragstellung maßgeblichen Daten und dem Ablauf der Antragsfrist generell ein Zeitfenster von sechs Monaten zur Verfügung stehen soll. Sofern eine antragstellende Krankenkasse nachweist, dass ihr die für die Antragsstellung notwendigen Daten nicht innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des zu prüfenden Quartals geliefert worden sind, tritt an die Stelle der Neun-Monatsfrist eine Frist von sechs Monaten nach erfolgter Datenlieferung.

fung) enthalten sind. Bei der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten und/oder kompensatorischen Einsparungen wenden die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen neben den in dieser Vereinbarung bzw. den Anlagen zu dieser Vereinbarung niedergelegten Regelungen insbesondere die durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entwickelten Grundsätze an. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten kann nur durch die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen erfolgen.

(2) Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche für die Vergleichsgruppe von der Art und vom Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungskosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert.

(3) Wird eine Praxisbesonderheit mit besonderen Kenntnissen oder Erfahrungen, einer besonderen Behandlungsweise oder mit einer speziellen Praxisausstattung begründet, setzt deren Anerkennung den Nachweis voraus, dass diese Besonderheiten zu einer entsprechenden Konzentration von Patienten geführt haben, die dieser Besonderheiten bedürfen. Die Tatsache, dass die Mehrzahl der der Vergleichsgruppe angehörenden Vertragsärzte eine bestimmte Leistung nicht abgerechnet hat, begründet für die übrigen Vertragsärzte für sich allein noch keine Praxisbesonderheit.

(4) Der Mehraufwand in einem geprüften Bereich kann durch einen Minderaufwand in einem anderen Bereich ganz oder teilweise ausgeglichen werden. Voraussetzung für einen solchen Ausgleich ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Mehraufwand und Minderaufwand, für den der Vertragsarzt die Darlegungslast trägt. Vertragsärzte und Mitglieder der gemeinsamen Prüfungseinrichtungen wirken zur Klärung der Frage zusammen, ob zwischen den Mehraufwendungen im geprüften Bereich und den Minderaufwendungen in einem anderen Bereich ein ursächlicher Zusammenhang besteht.

(5) Für die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bei der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina gelten die in § 22 niedergelegten Grundsätze ergänzend.

§ 15

Prüfung von Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren

Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren sind aufgrund der gemeinschaftlichen Behandlung von Patienten durch mehrere Leistungserbringer bei der Bewertung der Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungserbringung und Leistungsverursachung grundsätzlich als Gesamtheit unter Berücksichtigung der Zahl der Leistungserbringer zu betrachten.

§ 16

Honorarwirksame Begrenzungsregelungen

Honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Bei der Kürzungsberechnung werden die betref-

fenen Leistungen mit dem Wert berücksichtigt, mit dem sie nach Anwendung bestehender Honorarbegrenzungsregelungen vergütet wurden.

§ 17 Gezielte Beratung des Vertragsarztes

Soweit die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt haben, setzen sie eine Vergütungskürzung und/oder einen vom Vertragsarzt zu erstattenden Betrag erst dann fest, wenn eine gezielte Beratung des Vertragsarztes gemäß § 31 als nicht ausreichend angesehen werden kann.

§ 18 Bagatellgrenze

(1) Prüfanträge gemäß § 13 sind unzulässig, wenn sie Honorarrückforderungen oder Regresse zum Gegenstand haben, die sich pro Quartal und Vertragsarzt auf einen Betrag von weniger als 51,- € belaufen. Anträge auf Durchführung einer Einzelverordnungsprüfung (§ 28) sind unzulässig, wenn der Wert der zu überprüfenden Verordnung jeweils weniger als 51,- € beträgt. Bei der Wertermittlung sind die der Krankenkasse tatsächlich entstandenen Kosten maßgeblich.

(2) Soweit aufgrund zulässiger Anträge im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung Honorarrückforderungen oder Regresse ausgesprochen werden, bleiben diese unberücksichtigt, wenn sie sich auf einen Betrag von weniger als 51,- € je Quartal und Vertragsarzt belaufen. Für Schadensersatzansprüche im Rahmen der Feststellung eines sonstigen Schadens (§ 30) bleiben solche Beträge unberücksichtigt, die sich auf weniger als 25,60 € je Quartal und Antrag belaufen (vgl. § 51 BMV-Ä bzw. § 47 EKV). Für den Fall einer Änderung der Bundesmantelverträge kommt die jeweils gültige Bagatellgrenze zur Anwendung.

§ 19 Datengrundlage

(1) Die Prüfungen werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die der gemeinsamen Prüfungsstelle gemäß §§ 296, 297 SGB V in Verbindung mit den zwischen Spitzenverbänden und der KBV auf der Grundlage von § 295 Abs. 3 Ziff. 5 SGB V getroffenen vertraglichen Regelungen übermittelt werden. Hinsichtlich der Einzelheiten der Datenlieferungen verständigen sich die Vereinbarungspartner erforderlichenfalls und behalten sich vor, Näheres in einer Anlage zu dieser Prüfvereinbarung zu regeln.

(2) Dem Vertragsarzt ist auf Antrag Einsicht in die seiner Prüfung zugrundeliegenden Daten zu gewähren. Macht der Vertragsarzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, so entscheidet die gemeinsame Prüfungsstelle, 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.

(3) Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch. Die Vorgaben der Rechtsprechung bezüglich der Durchführung von Stichprobenprüfungen mit anschließender Hochrechnung sind zu beachten.

(4) Probleme in Bezug auf Inhalt, Aufbereitung und/oder Umfang der gelieferten bzw. zu liefernden Daten sollen Gegenstand einer Erörterung in der Arbeitsgruppe gemäß § 3 Abs. 2 dieser Prüfvereinbarung sein, damit Prüfungsstelle und Vereinbarungspartner gemeinschaftlich Lösungsmöglichkeiten erarbeiten können.

V. Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

§ 20 Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen prüfen arztbezogen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch:

- a) arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung);
- b) arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Arzneimittel bei Überschreitung der Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit gemäß § 84 Abs. 7a SGB V i.V.m. der jeweils gültigen Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V;
- c) arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben (Zufälligkeitsprüfung);
- d) arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten (Durchschnittswertprüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen);
- e) arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen in Einzelfällen (Einzelfallprüfungen);
- f) arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter oder veranlasster Leistungen in besonderen Fällen (Prüfung in besonderen Fällen);
- g) arztbezogene Feststellung sonstiger durch die unzulässige Verordnung von Leistungen oder der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen verursachten Schäden (Feststellung eines sonstigen Schadens).

§ 21 Prüfmethoden

Für die Prüfungen nach § 20 lit. b – d bedienen sich die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen statistischer bzw. repräsentativer Prüfmethode, die geeignet sind, unwirtschaftliche ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen zu verifizieren und zu bewerten. Insbesondere können zur Anwendung kommen:

- a) arithmetischer Fallwertvergleich bzw. Gaußsche Normalverteilung,
- b) Vertikalvergleich,
- c) beispielhafte Einzelfallprüfung,
- d) repräsentative Einzelfallprüfung.

Die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen legen die zur Anwendung kommende Prüfmethode entsprechend den sachlichen Erfordernissen im Einzelfall fest.

§ 22 Auffälligkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen (Richtgrößenprüfung)

(1) Die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen prüfen die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung durch eine arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung) von Amts wegen.

(2) Grundlage für die Richtgrößenprüfung bildet die zwischen den Vertragspartnern abgeschlossene Arznei- und Heilmittelvereinbarung bzw. Richtgrößenvereinbarung in der jeweils maßgeblichen Fassung. Die darin getroffenen Regelungen sind – insbesondere soweit sie vom Inhalt dieser Prüfvereinbarung ergänzende oder abweichende Regelungen treffen – für die Durchführung der Richtgrößenprüfung verbindlich. In die Richtgrößenprüfung können nur solche Vertragsärzte einbezogen werden, die einer Arztgruppe zugeordnet sind, für die eine Richtgröße vereinbart wurde. Der Umfang der Richtgrößenprüfung beschränkt sich auf jeweils 5 % der Ärzte einer Fachgruppe, für die eine Richtgröße vereinbart wurde. Die Berücksichtigung von Rabattverträgen erfolgt nach Maßgabe der jeweils gültigen Arzneimittelvereinbarung gemäß § 84 SGB V.

(3) Die Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina sind für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen. Die Vereinbarungspartner behalten sich vor, im Rahmen der Richtgrößenvereinbarung festzulegen, ob und unter welchen Voraussetzungen eine quartalsweise Richtgrößenprüfung (vgl. § 106 Abs. 2 Satz 5 SGB V) durchgeführt werden soll.

(4) Die gemeinsame Prüfungsstelle ermittelt für jeden Vertragsarzt das Richtgrößenvolumen, getrennt nach Arznei-/Verbandmitteln und Heilmitteln. Das Richtgrößenvolumen stellt das Produkt aus den einzelnen Richtgrößen für die Arztgruppe und den kurativ – ambulanten Fallzahlen des Arztes getrennt nach M/F und R jahresbezogen (in den Fällen von Abs. 3 Satz 2 quartalsbezogen) dar. Das so ermittelte Richtgrößenvolumen wird mit den tatsächlichen Verordnungskosten des Arztes verglichen.

Dabei sind jeweils die Nettowerte der tatsächlichen Verordnungskosten maßgeblich (Netto-Verordnungsvolumen). Der Nettowert ergibt sich aus den Bruttoausgaben abzüglich gesetzlicher Zuzahlungen, des Apothekenrabattes nach §§ 130, 130 a SGB V sowie aller weiteren den Krankenkassen gewährten Rabatte. Die Einzelheiten bzgl. der Berücksichtigung von Rabatten, insbesondere solcher Rabatte aufgrund von Verträgen gemäß § 130 a Abs. 8 SGB V, sind Gegenstand der jeweils maßgeblichen Arznei- und Heilmittel-Vereinbarung bzw. der Richtgrößenvereinbarung gemäß § 84 SGB V. Im übrigen bleibt § 106 Abs. 2 SGB V unberührt.

(5) Datengrundlage für die Durchführung der Richtgrößenprüfung bilden die von der KVMV und den Krankenkassen gem. § 296 SGB V in Verbindung mit der Vereinbarung gem. § 295 Abs. 3 Nr. 5 SGB V zur Verfügung gestellten Daten. Der gemeinsamen Prüfungsstelle werden von den Krankenkassen darüber hinaus die prüfungsrelevanten Angaben zu den Rabattverträgen gemäß der jeweils gültigen gesetzlichen Bestimmungen sowie der jeweils gültigen Arzneimittel- und Richtgrößenvereinbarung übermittelt. Die Vertragsärzte sind verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Prüfungsstelle der gemeinsamen Prüfungseinrichtungen die für die Prüfungen erforderlichen Befunde vorzulegen.

(6) Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens finden keine Maßnahmen statt, wenn das Verordnungsvolumen des Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um nicht mehr als 15 v.H. übersteigt.

(7) Überschreitet das Verordnungsvolumen des Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v.H. und geht die gemeinsame Prüfungsstelle aufgrund der vorliegenden Daten nicht davon aus, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorabprüfung), finden Beratungen gemäß § 31 statt. Die nach § 84 Abs. 6 SGB V zur Bestimmung der Richtgrößen verwendeten Maßstäbe können zur Feststellung von Praxisbesonderheiten nicht erneut herangezogen werden.

(8) Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 v.H. hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch die gemeinsame Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Die Maßstäbe zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten sowie sonstiger Umstände (z.B. Empfehlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen in Form von Wirkstoff- und Indikationslisten) im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung sind in Anlage 3 zu dieser Vereinbarung bestimmt. Die gemeinsame Prüfungsstelle beschließt unter Beachtung der von den Vereinbarungspartnern getroffenen Regelungen die Grundsätze des Verfahrens zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Die Kosten für verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel, die durch gesetzlich bestimmte oder von den Vereinbarungspartnern vorab anerkannte Praxisbesonderheiten bedingt sind, sollen vor Einleitung des Prüfverfahrens von den Verordnungskosten abgezogen werden; der Arzt ist hierüber zu informieren. Weitere Praxisbesonderheiten ermittelt die gemeinsame Prüfungsstelle auf Antrag des Arztes, auch durch Vergleich mit den Diagnosen und Verordnungen in einzelnen Anwendungsbereichen mit der entsprechenden Fachgruppe. Sie kann diese aus einer Stichprobe gemäß § 106 Abs. 2c Satz 2 SGB V ermitteln. Der Prüfungsstelle sind die hierfür erforderlichen

Daten aus den §§ 296, 297 SGB V der entsprechenden Fachgruppen auf Anforderung zu übermitteln.

(9) Die gemeinsamen Prüfungsgremien sollen vor ihren Entscheidungen und Festsetzungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann.

(10) Die gemeinsame Prüfungsstelle setzt den den Krankenkassen zustehenden Betrag nach Abs. 8 innerhalb von zwei Jahren nach Ende des zu prüfenden Verordnungszeitraumes fest. Die nach Maßgabe der Gesamtverträge zu entrichtende Gesamtvergütung verringert sich um diesen Betrag in dem entsprechenden Jahr. Die KVMV hat in der jeweiligen Höhe Rückforderungsansprüche gegen den Vertragsarzt, die der von den Krankenkassen an die KVMV zu entrichtende Vergütung zugerechnet werden. Das Nähere hierzu regelt Anlage 4 dieser Prüfvereinbarung.

(11) Soweit der Vertragsarzt nachweist, dass ihn die Rückforderung wirtschaftlich gefährden würde, kann die KVMV sie entsprechend § 76 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB IV stunden oder erlassen.

(12) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird abweichend von Abs. 8 nicht festgesetzt, soweit die gemeinsamen Prüfungsgremien mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbaren, die eine wirtschaftliche Ordnungsweise 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 4 Quartalen zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu zwischen Vertragsarzt und Prüfungsgremium nichts anderes vereinbart ist.

(13) Im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung ist auch die Einhaltung der Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zu überprüfen, soweit ihre Geltung auf § 35 b Abs. 1 SGB V beruht.

§ 23

Arztbezogene Überprüfung ärztlich verordneter Arzneimittel bei Überschreitung der Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit

(1) Die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen prüfen die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung durch eine arztbezogene Prüfung der Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit nach § 84 Abs. 7a SGB V.

(2) Grundlage für die arztbezogene Prüfung der Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit nach § 84 Abs. 7a SGB V bildet die zwischen den Vertragspartnern abgeschlossene Ausgabenvolumenvereinbarung für das jeweilige Jahr. Die darin getroffenen Regelungen sind – insbesondere soweit sie vom Inhalt dieser Prüfvereinbarung ergänzende oder abweichende Regelungen treffen – für die Durchführung der arztbezogenen Prüfung der Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit verbindlich.

(3) Über- und Unterschreitungen stellt die gemeinsame Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4 SGB V nach Ablauf eines Quartals auf der Grundlage der arztbezogenen Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 Satz 4 fest. Dazu stellen die Spitzenverbände der Krankenkassen folgende Datengrundlagen je Vertragsarztnummer und je Arzneimittelgruppe auf Basis der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) zur Verfügung:

- monatlich:
 - ◆ Anteil der Leitsubstanz (nach DDD),
 - ◆ Durchschnittskosten der Arzneimittelgruppe (Bruttokosten/DDD)
- quartalsweise:
 - ◆ Brutto-Verordnungskosten für die Leitsubstanz sowie für die Arzneimittelgruppe,
 - ◆ DDD-Volumina für die Leitsubstanz sowie für die Arzneimittelgruppe.

(4) Sofern die Voraussetzungen des § 84 Abs. 4a Satz 1 SGB V vorliegen oder die Vertragspartner in der Arzneimittelvereinbarung keine Durchschnittskosten vereinbart haben, findet keine Überprüfung bezüglich der Einhaltung der Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit durch die gemeinsame Prüfungsstelle statt.

§ 24

Zufälligkeitsprüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen

(1) Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen wird aufgrund einer arztbezogenen Prüfung auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 v.H. der Ärzte je Quartal umfassen, von Amts wegen durchgeführt (Zufälligkeitsprüfung). Die Höhe der Stichproben ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen.

(2) Der bei einer Prüfung nach Absatz 1 zugrundezulegende Zeitraum beträgt ein Jahr. Eine erneute Stichprobenprüfung bei demselben Arzt findet nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Einleitung dieser Prüfung statt.

(3) Die Zufälligkeitsprüfungen werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die der gemeinsamen Prüfungsstelle gemäß § 297 SGB V i.V.m. der zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 295 Abs. 3 Nr. 5 SGB V getroffenen Vereinbarung zur Verfügung gestellt werden.

(4) Die Prüfungen nach Abs. 1 umfassen neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen.

(5) Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Zufälligkeitsprüfung sind ferner, sofern dafür Veranlassung besteht,

- a) die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),

- b) die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen und diagnostischen Ziels (Effektivität),
- c) die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
- d) die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel (Effizienz).

(6) Im Rahmen der Zufälligkeitprüfung sollen insbesondere auch Ärzte geprüft werden, deren ärztlich verordnete Leistungen in bestimmten Anwendungsgebieten deutlich von der Fachgruppe abweichen sowie insbesondere auch verordnete Leistungen von Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind.

(7) Auf der Grundlage anderer Prüfungsarten (z.B. Durchschnittswertprüfung) bereits getroffene Entscheidungen der gemeinsamen Prüfungsstelle bzw. des gemeinsamen Beschwerdeausschusses sind im Rahmen der Stichprobenprüfung zu berücksichtigen, soweit diese Entscheidungen denselben Vertragsarzt und dieselben Abrechnungs- bzw. Verordnungsquartale betreffen.

(8) Bei der Durchführung der Zufälligkeitprüfung sind die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam vereinbarten Richtlinien gemäß § 106 Abs. 2 b SGB V zu berücksichtigen. Diese Richtlinien in ihrer jeweils gültigen Fassung sind Inhalt der vorliegenden Prüfvereinbarung.

(9) Das Nähere zur Durchführung der Zufälligkeitprüfung, insbesondere das Verfahren zur Bestimmung der Stichproben für die Zufälligkeitprüfungen, regeln die Vertragspartner in Anlage 1 dieser Vereinbarung.

§ 25

Durchschnittswertprüfung ärztlicher Leistungen

(1) Die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen prüfen die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung jeweils bezogen auf den Zeitraum eines Abrechnungsquartals durch eine arztbezogene Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten (Durchschnittswertprüfung ärztlicher Leistungen) auf Antrag. Antragsberechtigt sind die KVMV, die Landesverbände sowie einzelne Krankenkassen. Dem Antrag sind die zur Begründung des vermuteten Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot erforderlichen Unterlagen beizufügen.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung liefert für die Vertragsärzte, für die eine Durchschnittswertprüfung beantragt worden ist, neben dem Datensatz gemäß Datenträgeraustauschvertrag zusätzlich zur Darstellung der Fachgruppendurchschnittswerte die Prüfunterlagen „Häufigkeitsstatistik“ und „Vergleichende Abrechnungsübersicht“ (vgl. § 296 Abs. 1 Nr. 6 SGB V). Die maßgeblichen Vergleichsgruppen sind in Anlage 2 zu dieser Vereinbarung einvernehmlich festgelegt.

(3) Steht die Vergütungsanforderung eines Vertragsarztes je Behandlungsfall nach Herausrechnung anerkannter Praxisbesonderheiten im offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe oder weist sie unerklärliche Abweichungen zu den Vorquartalen des Vertragsarztes auf, so kann die gemeinsame Prüfungsstelle auch nach einer Schätzung eine Honorarkürzung vornehmen, ohne eine Prüfung nach einzelnen Behandlungsfällen vorzunehmen.

(4) Die gemeinsame Prüfungsstelle kann eine auf einer Schätzung beruhende Kürzung der Honoraranforderung eines Vertragsarztes auch dann vornehmen, wenn die durchschnittliche Honoraranforderung des Vertragsarztes je Behandlungsfall nach Herausrechnung anerkannter Praxisbesonderheiten den Durchschnittswert seiner Vergleichsgruppe in einem Umfang überschreitet, der eine unwirtschaftliche Behandlungsweise vermuten lässt, ohne dass bereits ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt (Übergangszone) und die Unwirtschaftlichkeit sich durch eine Prüfung anhand einer die Behandlungsweise des Vertragsarztes genügend beleuchtenden Zahl von Beispielen aus der Abrechnung des Vertragsarztes nachweisen lässt. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage der Schätzung für eine Honorarkürzung.

(5) Steht die durchschnittliche Honoraranforderung eines Vertragsarztes je Behandlungsfall nach Herausrechnung anerkannter Praxisbesonderheiten in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den entsprechenden Durchschnittswerten seiner Fachgruppe und liegen vergleichbare Umstände zu den entsprechenden Vorquartalen vor, kann die gemeinsame Prüfungsstelle pauschale Honorarkürzungen vornehmen (Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit gemäß § 106 Abs. 3 Satz 4 SGB V).

(6) Maßnahmen nach den Absätzen 3 bis 5 sind auch dann zulässig, wenn die durchschnittliche Honoraranforderung eines Vertragsarztes je Behandlungsfall nur in einzelnen Leistungsgruppen oder die Abrechnungshäufigkeit einzelner in der Vergleichsgruppe üblicher Leistungen die Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe erheblich übersteigt.

(7) Die gemeinsame Prüfungsstelle setzt die Kürzungen unter Würdigung aller ihr bekannten Umstände fest. Die Kürzungen können sich sowohl auf die einzelnen Leistungssparten als auch auf einzelne Leistungen - in Ausnahmefällen auch auf das Gesamthonorar - des Vertragsarztes beziehen. Eine Honorarkürzung soll in der Regel nur dann festgesetzt werden, wenn eine Beratung des Vertragsarztes bzw. die Erteilung eines Hinweises nicht als ausreichend angesehen werden kann. Bei der Festsetzung der Maßnahmen sind die durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entwickelten Grundsätze zu beachten.

(8) § 24 Abs. 7 ist bei der Durchführung von Durchschnittswertprüfungen ärztlicher Leistungen sinngemäß anzuwenden.

§ 26

Durchschnittswertprüfung ärztlich verordneter Leistungen

(1) Die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen (Arznei-, Verband- und Heilmittel) nach Durchschnittswerten findet grundsätzlich quartalsweise statt; soweit Prüfungen nach Durchschnittswerten als Ersatz für Richtgrößenprüfungen durchgeführt werden (vgl. Abs. 3), ist eine Prüfung bezogen auf ein Kalenderjahr möglich. Der Sprechstundenbedarf wird, soweit möglich, für ein Kalenderjahr geprüft. Stellen die Vertragspartner fest, dass in einzelnen Leistungsbereichen oder den Verordnungskosten ein Vergleich mit den Durchschnittswerten der Fachgruppe (Horizontalvergleich) nicht möglich ist, weil diese als Maßstab der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen nicht geeignet sind, ist statt dessen ein Vertikalvergleich zulässig.

(2) Die Prüfungen werden nach den von der Rechtssprechung entwickelten Grundsätzen eingeleitet und durchgeführt. § 106 Abs. 2 c Satz 2 SGB V gilt entsprechend.

(3) Soweit Auffälligkeitsprüfungen (Richtgrößenprüfungen) gem. § 22 durchgeführt werden, ist die Durchführung von Prüfungen der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten insgesamt ausgeschlossen. Für den Fall, dass Richtgrößenprüfungen aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen nicht durchgeführt werden können, stellen die Vereinbarungspartner dies unverzüglich fest und informieren die gemeinsame Prüfungsstelle über eine ersatzweise Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten.

§ 27

Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise in Einzelfällen

(1) Auf begründeten Antrag der KVMV, einer Krankenkasse oder eines Landesverbandes prüft die gemeinsame Prüfungsstelle, ob der Vertragsarzt durch eigene Leistungen oder Veranlassung von Auftragsleistung (Überweisungen) im Einzelfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat, sofern dies vom Verwaltungsaufwand her zumutbar ist.

(2) Soweit die gemeinsame Prüfungsstelle im Einzelfall eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat, setzt sie die Vergütungskürzung und/oder den vom Vertragsarzt zu erstattenden Betrag fest, es sei denn, dass eine gezielte Beratung ausreichend ist.

(3) Ist bei einer größeren Fallzahl eine Einzelfallprüfung der gesamten Honorarabrechnung des Arztes ohne unverhältnismäßigen Arbeits- und Zeitaufwand nicht durchzuführen, kann die Einzelfallprüfung auf eine repräsentative Zahl von Einzelfällen beschränkt werden. Bei der Auswahl der Behandlungsfälle für die repräsentative Einzelfallprüfung sind die statistischen Grundsätze eines einwandfreien Stichprobenverfahrens zu beachten. Dabei ist insbesondere ein repräsentativer Querschnitt der Patienten nach ihrem Versichertenstatus der unterschiedlichen Krankenkassen zu bilden. Erstreckt sich der Prüfantrag nur auf bestimmte Leistungen, sind in die Stichprobe nur solche Behandlungsfälle einzubeziehen, in denen die beanstandeten Gebührenordnungspositionen abgerechnet wurden.

§ 28

Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise in Einzelfällen

(1) Auf begründeten Antrag der KVMV, einer Krankenkasse oder eines Landesverbandes prüft die gemeinsame Prüfungsstelle, ob der Vertragsarzt im Einzelfall mit seiner Verordnungsweise gegen das Wirtschaftlichkeits- oder Verordnungs-/ Zulässigkeitsgebot (auch bei Heil- oder Hilfsmitteln) verstoßen hat. Die Prüfung kann sich auch auf Einzelposten des Sprechstundenbedarfs erstrecken.

(2) Prüfungsgegenstand ist die arzneimittel- bzw. ordnungsbezogene Überprüfung der Verordnungsweise nach den Arzneimittel- sowie Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien und nach der Vereinbarung über die Verordnung ärztlichen Sprechstundenbedarfs.

(3) Die gemeinsame Prüfungsstelle entscheidet auch über nur unter bestimmten Voraussetzungen verordnungsfähige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel.

(4) Der Antrag ist unter Beifügung sämtlicher Unterlagen (zugeordnete Verordnungsblätter/Images) mit einer qualifizierten Begründung zu versehen. Das Verfahren soll innerhalb von 3 Monaten nach Ablauf der Antragsfrist durch die gemeinsame Prüfungsstelle bearbeitet werden.

(5) Soweit die gemeinsame Prüfungsstelle eine Unwirtschaftlichkeit und/oder eine Verordnungsunzulässigkeit im Einzelfall festgestellt hat, setzt sie den vom Vertragsarzt zu erstattenden Regressbetrag fest. Die gemeinsame Prüfungsstelle kann in den Fällen einer festgestellten Verordnungsunzulässigkeit auf den Regress einen Vorteilsausgleich anrechnen, wenn feststeht, dass der Vertragsarzt anstelle der ausgeschlossenen Verordnung eine andere zulässige Verordnung vorgenommen hätte.

§ 29

Prüfung in besonderen Fällen

(1) Auf begründeten Antrag der KVMV, einer Krankenkasse oder eines Landesverbandes prüft die gemeinsame Prüfungsstelle, ob der Vertragsarzt durch Verordnung von Krankenhausbehandlung, bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit oder bei der Veranlassung von Auftragsleistungen, insbesondere bei Veranlassung aufwändiger medizinisch-technischer Leistungen, im Einzelfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat. Dem Antrag sind die zur Beurteilung erforderlichen Daten beizufügen.

(2) Stellt die gemeinsame Prüfungsstelle im Rahmen der Prüfung nach Abs. 1 fest, dass der Arzt bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat, so teilt er dies der jeweiligen Krankenkasse mit, die gegebenenfalls weitere Maßnahmen gemäß § 106 Abs. 3a SGB V veranlasst. Das Verfahren vor der gemeinsamen Prüfungsstelle ist mit der Meldung an die zuständige Krankenkasse beendet.

§ 30

Feststellung eines sonstigen Schadens

(1) Die Krankenkassen können die Feststellung eines sonstigen Schadens beantragen, den der Vertragsarzt infolge schuldhafter Verletzung vertragsärztlicher Pflichten verursacht hat (z.B. durch die unrichtige Ausstellung von Bescheinigungen), soweit dies nicht durch die Bundesmantelverträge anderweitig geregelt ist. Ausgenommen von der Feststellung eines sonstigen Schadens sind Erstattungsansprüche der Krankenkassen wegen sachlich-rechnerischer Unrichtigkeiten der Honorarabrechnungen oder aus unerlaubten Handlungen des Vertragsarztes.

(2) Ansprüche der Versicherten und der Krankenkassen wegen eines Behandlungsfehlers richten sich ausschließlich nach bürgerlichem Recht bzw. nach § 50 BMV-Ä bzw. § 46 EKV.

(3) Der Antrag ist zu begründen und hat Angaben über die Höhe des Schadens zu enthalten.

(4) Anträge der Krankenkassen auf Feststellung eines sonstigen Schadens infolge schuldhafter Verletzung vertragsärztlicher Pflichten können nur innerhalb der in § 13 Abs. 2 Satz 3 und 4 dieser Vereinbarung niedergelegten Frist gestellt werden. Unberührt hiervon bleibt der aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen herrührende Anspruch auf Schadensersatz aus unerlaubter Handlung.

(5) Die gemeinsame Prüfungsstelle entscheidet darüber, ob und in welcher Höhe der Krankenkasse durch Verschulden des Vertragsarztes ein zu ersetzender Schaden entstanden ist. Lässt sich die Höhe des Schadens nicht eindeutig feststellen, bestimmt die gemeinsame Prüfungsstelle den Schadensumfang nach gewissenhafter Schätzung.

(6) Die gemeinsame Prüfungsstelle kann auf den Schadensersatzanspruch einen Vorteilsausgleich anrechnen, wenn feststeht, dass der Vertragsarzt anstelle der ausgeschlossenen Leistungen eine andere zulässige Leistung verordnet hätte.

VI. Beratungsaufgabe des gemeinsamen Prüfungsstelle

§ 31

Beratung in erforderlichen Fällen

(1) In erforderlichen Fällen berät die gemeinsame Prüfungsstelle die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.

(2) Eine Beratung durch die gemeinsame Prüfungsstelle soll erfolgen, wenn

- a) der Vertragsarzt erstmalig im Zusammenhang mit seiner Honoraranforderung, der Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln oder veranlassenen Leistungen das Wirtschaftlichkeitsgebot überschreitet,
- b) aufgrund der Umstände des Einzelfalls zu erwarten ist, dass eine Beratung für die Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise in Zukunft erfolgversprechend ist.

Die gezielten Beratungen sollen in der Regel weiteren Maßnahmen vorangehen.

(3) Die Beratung kann schriftlich oder mündlich durch ein individuelles Informationsgespräch durchgeführt werden. Über die Art der Durchführung entscheidet die gemeinsame Prüfungsstelle. Sie kann zur Durchführung eines Informationsgespräches auf Mitglieder des gemeinsamen Beschwerdeausschusses, Mitarbeiter der KVMV, Mitglieder ärztlicher Berufs-/ Fachverbände und/oder auf bei den Krankenkassen oder bei von den Krankenkassen finanzierten Einrichtungen angestellte Heilberufler zurückgreifen, soweit dies zweckmäßig erscheint.

VII. Informationspflicht

§ 32

Übersicht über die Zahl der durchgeführten Maßnahmen

Die gemeinsame Prüfungsstelle und der gemeinsame Beschwerdeausschuss erstellen einmal jährlich im Rahmen ihrer Berichtspflicht gemäß § 106 Abs. 7 SGB V eine Übersicht über die Zahl der durchgeführten Beratungen und Prüfungen sowie über die festgesetzten Maßnahmen (ohne Arztbezug). Die Übersicht ist dem Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern als zuständiger Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die KVMV und die Landesverbände erhalten jeweils eine Ausfertigung der Übersicht.

VIII. Kostenregelung

§ 33

Ausgleich der Kosten für die Durchführung der Prüfung

Die Kosten der gemeinsamen Prüfungsstelle und des gemeinsamen Beschwerdeausschusses werden je zur Hälfte von der KVMV und den unterzeichnenden Landesverbänden getragen. Dies gilt auch für die Kosten der sich aus diesen Verwaltungsverfahren ergebenden Sozialgerichtsverfahren sowie für die durch die Beauftragung Dritter entstehenden Kosten.

IX. Inkrafttreten und Kündigung

§ 34 Inkrafttreten

(1) Diese Prüfvereinbarung tritt mit Bekanntgabe in Kraft und ersetzt die Vereinbarung über die Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 04. April 2005.

§ 35 Kündigung

Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Kündigt ein einzelner Landesverband die Prüfvereinbarung, so ist die KVMV berechtigt, eine Kündigung auch gegenüber den übrigen Verbänden innerhalb eines Monats nach Erhalt der Einzelkündigung auszusprechen. Kündigungen bedürfen der Schriftform.

§ 36 Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im übrigen hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart wesentlich war, dass ihr ein Festhalten an dieser Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommen.


Schwerin, den 11. Juli 2008


.....
Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern


.....
BKK-Landesverband NORD


.....
IKK-Landesverband Nord


.....
AOK Mecklenburg-Vorpommern
Die Gesundheitskasse.


.....
LKK Mittel- und Ostdeutschland


.....
Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. (VdAK)
Der Leiter der Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern

