

## **Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V**

zwischen  
Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen-Anhalt,  
Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg

- im Folgenden KVSA genannt -

und

AOK Sachsen-Anhalt,  
Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg,

BKK-Landesverband Ost,  
Landesrepräsentanz Sachsen-Anhalt,  
Universitätsplatz 12, 39104 Magdeburg,

IKK Landesverband Sachsen-Anhalt,  
Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg,

Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland,  
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung,  
Hoppegartener Straße 100, 15366 Hönow,

Knappschaft,  
Verwaltungsstelle Cottbus,  
August-Bebel-Str. 85, 03046 Cottbus

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,  
Landesvertretung Sachsen-Anhalt,  
Schleinufer 12, 39104 Magdeburg,

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,  
Landesvertretung Sachsen-Anhalt,  
Schleinufer 12, 39104 Magdeburg,

und

See-Krankenkasse,  
Reimerstwierte 2, 20547 Hamburg

- im Folgenden Krankenkassen genannt -

## Inhaltsverzeichnis

§ 1	Grundsätze
§ 2	Einleitung des Prüfverfahrens
§ 3	Prüfungsarten
§ 4	Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung
§ 5	Datenbasis
§ 6	Praxisbesonderheiten
§ 7	Beratung nach § 106 Abs. 5a SGB V
§ 8	Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina (Auffälligkeitsprüfung)
§ 9	Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten
§ 10	Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten
§ 11	Einzelfallprüfung
§ 12	Prüfung in besonderen Fällen
§ 13	Feststellung eines sonstigen Schadens
§ 14	Prüfung auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)
§ 15	Verfahrensgrundsätze
§ 16	Vollstreckung der Entscheidungen
§ 17	Salvatorische Klausel
§ 18	In-Kraft-Treten und Kündigung

## **§ 1 Grundsätze**

- (1) Diese Prüfvereinbarung regelt gemäß § 106 SGB V die Verfahren zur Beratung und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung.
- (2) Als Vertragsärzte im Sinne dieser Vereinbarung gelten zugelassene Vertragsärzte, persönlich ermächtigte Ärzte nach § 116 SGB V, zugelassene Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen gemäß § 95 Abs. 1 SGB V, medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Abs. 1 SGB V, zugelassene ermächtigte Krankenhäuser gemäß § 116 a SGB V, ermächtigte Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V, psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs.1 SGB V, sozialpädiatrische Zentren gemäß § 119 SGB V, Fachwissenschaftler der Medizin nach § 7 Bundesmantelvertrag bzw. § 11 Ersatzkassenvertrag, zugelassene und ermächtigte psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die in Notfällen in Anspruch genommenen Nichtvertragsärzte und nicht ermächtigten Krankenhäuser.
- (3) Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragspartner einen gemeinsamen Prüfungs- und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss werden bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch die Geschäftsstelle unterstützt. Näheres regeln die Geschäftsordnung der Ausschüsse und die Geschäftsordnung der Geschäftsstelle in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) Ergeben sich bei der Durchführung dieser Vereinbarung zu klärende Sachverhalte, so werden diese zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich geregelt.

## **§ 2 Einleitung des Prüfverfahrens**

- (1) Die Vorbereitung der Prüfung erfolgt gemäß der Geschäftsordnung der Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses durch die Geschäftsstelle nach gesetzlichen Vorgaben und den ggf. vom Prüfungsausschuss beschlossenen Kriterien.
- (2) Der Prüfungsausschuss prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Amts wegen oder auf schriftlichen Antrag.
- (3) Antragsberechtigt sind die KVSA sowie die Krankenkassen und ihre Verbände.
- (4) Gemäß § 106a Abs. 4 SGB V können eine Krankenkasse, ihr Verband oder die Kassenärztliche Vereinigung nach abgeschlossener Plausibilitätsprüfung bei vermuteter Unwirtschaftlichkeit einen Antrag auf Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach dieser Vereinbarung stellen.
- (5) Der Antrag muss die Prüffart, den Prüfzeitraum, die Gründe, die zur Antragstellung geführt haben, sowie die antragsbegründenden Unterlagen beinhalten.
- (6) Neben der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist auch die Geltendmachung eines sonstigen Schadens möglich, soweit die Einhaltung der Fristen gemäß § 13 Abs. 4 S. 2 und 3 gewährleistet ist.

- (7) Der Antrag einschließlich der antragsbegründenden Unterlagen ist der KVSA, den Verbänden der Krankenkassen, soweit sie nicht Antragsteller sind, sowie dem betroffenen Vertragsarzt innerhalb einer Frist von 4 Wochen nach Eingang bei der Geschäftsstelle bekannt zu geben.
- (8) Mit der Bekanntgabe des Antrages und der Einleitung des Prüfverfahrens wird dem Vertragsarzt rechtliches Gehör gewährt, indem er um schriftliche Stellungnahme gebeten wird.
- (9) Im Rahmen seiner Pflicht zur Mitwirkung hat der Vertragsarzt der Geschäftsstelle der Prüfungsgremien bzw. dem Ausschuss auf Anforderung alle zur Prüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung des Verfahrens erforderlich sind.

### **§ 3 Prüfungsarten**

Die Prüfungsgremien prüfen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch:

1. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung)
2. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 v. H. der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung)
3. Prüfung ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise) nach Durchschnittswerten, soweit eine Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nicht durchgeführt werden kann
4. Prüfung ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) nach Durchschnittswerten, soweit eine Prüfung auf der Grundlage arzt- und versichertenbezogener Stichproben nicht durchgeführt werden kann
5. Einzelfallprüfung
6. Prüfung in besonderen Fällen
7. Feststellung eines sonstigen Schadens

### **§ 4 Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung**

- (1) Die Ausschüsse entscheiden darüber, ob die ärztliche Behandlungs- und Verordnungsweise nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse dem Erfordernis der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit genügt. Sie haben die Prüfung nach den für die jeweilige Prüfungsart bestimmten nachstehenden Grundsätzen und Maßstäben vorzunehmen.
- (2) Die Ausschüsse entscheiden, ob der Vertragsarzt, für den eine Prüfung eingeleitet wurde, gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen ggf. zu treffen sind. Folgende Beschlüsse, Maßnahmen bzw. Verfahrensabschlüsse sind zulässig:
  - a) Beratung
  - b) schriftlicher Hinweis
  - c) Festsetzung von Honorarkürzungen oder Regressen
  - d) Vergleich
  - e) Regressablösevereinbarung
  - f) keine Maßnahme

## **§ 5 Datenbasis**

- (1) Die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen (Auffälligkeitsprüfung), nach Stichproben (Zufälligkeitsprüfung) und nach Durchschnittswerten erfolgt auf der Basis von kassenartenübergreifend zusammengeführten Statistiken gemäß Anlage 6 des Bundesmantelvertrages-Ärzte bzw. des Arzt/Ersatzkassenvertrages und §§ 295 bis 297 SGB V. Die Vertragspartner stellen sicher, dass die Daten hierfür der Geschäftsstelle fristgerecht zur Verfügung gestellt werden (Anlage 1).
- (2) Macht der Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet der Prüfungsausschuss, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und die Richtigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Belegen, Kopien bzw. Images dieser Belege zu überprüfen ist.
- (3) Fehlerhafte Statistiken sind zu korrigieren. Können keine ordnungsgemäßen Korrekturen vorgenommen werden, wird das Prüfverfahren ohne Maßnahme beendet. Fehlerhafte Statistiken werden nicht zu Lasten des Arztes verwendet.

## **§ 6 Praxisbesonderheiten**

- (1) Bei den Prüfverfahren sind Praxisbesonderheiten sowie kausale Einsparungen zu berücksichtigen, soweit diese aus den Unterlagen oder in sonstiger Weise bekannt sind oder vom betroffenen Vertragsarzt nachgewiesen werden. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten kann nur durch die Prüfungsgremien erfolgen.
- (2) Praxisbesonderheiten sind Gegebenheiten, welche für die Vergleichsgruppe von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungskosten hervorrufen. Sie können durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert sein. Die nach § 84 Abs. 6 SGB V zur Bestimmung von Richtgrößen verwendeten Maßstäbe können zur Feststellung von Praxisbesonderheiten bei der Richtgrößenprüfung nicht erneut herangezogen werden.
- (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 einer Vergleichsgruppe angehörenden Vertragsärzte eine bestimmte Leistung nicht abgerechnet hat, begründet für die übrigen Vertragsärzte für sich allein noch nicht die Annahme einer Praxisbesonderheit.
- (4) Praxisbesonderheiten gemäß der Anlage 2 (Wirkstoffliste) sowie der Anlage 3 (Indikationsliste) der Bundesempfehlung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbänden der Krankenkassen für regionale Vereinbarungen über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage von Richtgrößen für Arzneimittel und Heilmittel vom 21. Februar 2000 in der jeweils letzten Fassung sind im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung von den Ausschüssen zu berücksichtigen (Anlagen 5 und 6). Die Prüfungsgremien haben die Listen als Praxisbesonderheiten anzuerkennen und die Kosten der gelisteten Mittel aus dem Verordnungsvolumen für Arzneimittel vorher herauszurechnen. Die für 2004 vereinbarte Wirkstoffliste (Anlage 5) und Indikationsliste (Anlage 6) gelten für 2005 bis Ende 2006 weiter.

- (5) Die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen können über die vorstehend genannten Sachverhalte hinaus andere Gesichtspunkte, die entweder vom Vertragsarzt geltend gemacht werden oder von den Ausschüssen anhand der vorliegenden Unterlagen als notwendig kostenintensiv eingeschätzt werden, als Praxisbesonderheiten anerkennen.
- (6) Bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens für Heilmittel ist durch die Ausschüsse zugunsten des Vertragsarztes neben Praxisbesonderheiten (Anlage 8) zu berücksichtigen, ob durch veranlasste Veränderungen in der ambulanten medizinischen Rehabilitation (ambulante orthopädische traumatologische Rehabilitation, AOTR) und erweiterte Physiotherapie (EAP) sowie aufgrund neuer bzw. veränderter Heilmittelrichtlinien die Grenzwerte des Richtgrößenvolumens überschritten werden.

## **§ 7**

### **Beratung nach § 106 Abs. 5a SGB V**

- (1) Übersteigt das Verordnungsvolumen eines Vertragsarztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H., aber nicht um mehr als 25 v. H., und geht der Prüfungsausschuss auf Grund der vorliegenden Daten davon aus, dass diese Überschreitung nicht in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist, wird eine Beratung nach § 106 Abs. 1a SGB V über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch den Prüfungsausschuss oder durch von ihm beauftragte beratende Ärzte, Pharmakotherapieberater der Krankenkassen oder andere geeignete Berater durchgeführt.
- (2) Beratungen sollen innerhalb von 3 Monaten nach Bekanntgabe durch den Prüfungsausschuss erfolgen. Grundlage der Beratungen sind die Übersichten über die vom Vertragsarzt im Prüfzeitraum verordneten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können beigezogen werden. Über die durchgeführte Beratung erhält der Vertragsarzt ein Ergebnisprotokoll.

## **§ 8**

### **Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina (Auffälligkeitsprüfung)**

- (1) Die Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina (Richtgrößenprüfung) ist eine Prüfung von Amts wegen. Sie wird für den Zeitraum eines Jahres durchgeführt. Grundlage für die Richtgrößenprüfung sind die für den jeweiligen Prüfzeitraum geltenden Richtgrößen.
- (2) In die Richtgrößenprüfung können nur Vertragsärzte einbezogen werden, die einer Arztgruppe zugeordnet sind, für die eine Richtgröße vereinbart wurde und die 4 vollständige aufeinanderfolgende Quartale im jeweiligen Prüfzeitraum unter demselben Zulassungsstatus (Arzt Nummer) tätig waren.
- (3) Für Vertragsärzte, die nicht in jedem Quartal des Prüfzeitraumes unter demselben Zulassungsstatus tätig waren, kann eine quartalsmäßige Prüfung nach einer anderen Prüfart gemäß der Prüfvereinbarung erfolgen.
- (4) Basis für die Richtgrößenprüfung ist das Vorliegen der entsprechenden arztbezogenen Verordnungskostenstatistik über das verursachte Ist-Verordnungsvolumen (Brutto) für Arznei- und Verbandmittel einschließlich Sprechstundenbedarf einerseits sowie für Heilmittel andererseits ins Verhältnis gesetzt zum jeweiligen Richtgrößenvolumen.

- (5) Das Verfahren zur Erstellung der Verordnungskostenstatistiken einschließlich der dafür notwendigen Datenlieferungen ist in Anlage 2 geregelt.
- (6) Die Methode zur Berechnung der Richtgrößenvolumina und zur Feststellung von Überschreitungen sowie deren Höhe ist in Anlage 3 geregelt.
- (7) Die Richtgrößenprüfung wird getrennt nach Arznei- und Verbandmitteln, Sprechstundenbedarf einerseits sowie nach Heilmitteln andererseits durchgeführt.
- (8) Der Prüfungsausschuss beschließt nach Auswertung der kassenartenübergreifenden Verordnungskostenstatistiken durch die Geschäftsstelle, bei welchen Vertragsärzten eine Richtgrößenprüfung durchgeführt wird.
- (9) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist auch die Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zu prüfen, soweit ihre Geltung auf § 35b Abs. 1 SGB V beruht.
- (10) Ergibt die Prüfung auch nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten eine Überschreitung des Soll-Verordnungsvolumens (Brutto) um mehr als 25 v. H., erfolgt durch den Prüfungsausschuss die vorläufige Festsetzung eines Regressbetrages. Maßgeblich für alle weiteren möglichen Maßnahmen ist der Netto-Regressbetrag.
- (11) Die Berechnungsvorschrift für die Ermittlung der Netto-Regresses ist in Anlage 4 geregelt.
- (12) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Regressbetrag wird abweichend von Abs. 10 nicht festgesetzt, soweit der Prüfungsausschuss im Rahmen einer Vereinbarung mit einem Arzt eine individuelle Richtgröße bzw. Richtgrößen vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleisten. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße bzw. Richtgrößen sind für den Zeitraum von 4 Quartalen in der Regressablösevereinbarung zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu nichts anderes vereinbart ist.
- (13) Vor einer endgültigen Regressentscheidung soll der Prüfungsausschuss dem Arzt anbieten, über die Minderung der Regresssumme um bis zu einem Fünftel eine verbindliche und damit unanfechtbare schriftliche Vereinbarung zu treffen. Kommt eine entsprechende Vereinbarung nicht zustande, erlässt der Prüfungsausschuss nach Aufrechnung der Werte der vom Arzt im Prüfzeitraum getätigten Verordnungen einen Bescheid.
- (14) Die durch den Ausschuss beschlossenen Beratungen werden gemäß § 8 Abs. 2 der Geschäftsordnung des Prüfungs- und des Beschwerdeausschusses bzw. gemäß § 5 Pkt. 12 der Geschäftsordnung der Geschäftsstelle des Prüfungs- und des Beschwerdeausschusses innerhalb von 3 Monaten nach Bekanntgabe des Bescheides durchgeführt. Grundlage der Beratungen sind die Übersichten über die vom Vertragsarzt im Prüfzeitraum verordneten oder veranlassten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können einbezogen werden.
- (15) Die für die Beratungen vorgesehenen Unterlagen sollen dem betroffenen Vertragsarzt in der Regel mindestens 2 Wochen vor Durchführung der Beratung übersandt werden. Über die durchgeführte Beratung erhält der Vertragsarzt ein Ergebnisprotokoll.

- (16) Wird durch den Prüfungsausschuss Unwirtschaftlichkeit bei einem erstmals zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassenen Arzt innerhalb der ersten vier vollständigen Abrechnungsquartale festgestellt, ist lediglich eine Beratung gemäß Abs. 14 durchzuführen.

## **§ 9**

### **Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten**

- (1) Soweit eine Stichprobenprüfung gemäß § 14 nicht durchgeführt werden kann, prüft der Prüfungsausschuss nach Auswertung der Abrechnungsunterlagen durch die Geschäftsstelle und Antragstellung der Antragsberechtigten die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise quartalsweise nach Durchschnittswerten.
- (2) Als Vergleichsgruppe für die Auswertungen ist grundsätzlich eine an den Gebieten der Weiterbildungsordnung orientierte Arztgruppe zu verwenden. Als Vergleichsebene gilt die Landesebene. In der Fachgruppe der Internisten ist zwischen hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten zu unterscheiden.
- (3) Sofern die Ausschüsse für die Prüfung die Festlegung anderer Vergleichsgruppen für notwendig erachten, erarbeitet die Geschäftsstelle eine Entscheidungsvorlage für den jeweiligen Ausschuss. Auf der Grundlage dieser Entscheidungsvorlage fasst der Ausschuss einen Beschluss.
- (4) Bei der Ermittlung der Fallwerte des Vertragsarztes ist die Fallzahl der entsprechenden Leistungsart zugrunde zu legen. Für die Prüfung ärztlicher Leistungen gelten bei dem Vergleich der Fallwerte des Vertragsarztes insgesamt, nach Leistungssparten bzw. nach Einzelleistungen mit den entsprechenden Fallwerten seiner Vergleichsgruppe bei arithmetischer Berechnung der Vergleichswerte folgende Überschreitungen als Kriterien für die Einbeziehung in die Prüfung:
1. Honorarabrechnungen, deren Gesamtfallwert den Fallwert der Vergleichsgruppe (Fachgruppenschnitt) um mehr als 30 v. H. überschreitet und/oder
  2. Honorarabrechnungen, bei denen in den einzelnen Leistungssparten der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 60 v. H. überschritten wird und/oder
  3. Honorarabrechnungen, bei denen in einzelnen Leistungen der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 100 v. H. überschritten wird.
- (5) Zur Errechnung der Vergleichswerte ist zusätzlich eine Gewichtung vorzunehmen. Dabei ist die gewichtete Abweichung die Differenz zwischen der tatsächlichen Abrechnungssumme des einzelnen Vertragsarztes und der Abrechnungssumme, die sich ergibt, wenn die Fallzahlen des einzelnen Vertragsarztes, getrennt nach Versichertengruppen, mit dem durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe multipliziert und diese Ergebnisse addiert werden. Die gewichtete Abweichung wird in v.H. ausgewiesen.
- (6) Die im Antrag anzugebende Prüfungsart richtet sich auch nach der Fallzahl des betroffenen Vertragsarztes. Ein Vertragsarzt, dessen Fallzahl in dem zu prüfenden Quartal nicht mindestens 20 v. H. der durchschnittlichen Fallzahl seiner Vergleichsgruppe beträgt, ist von der Prüfungsart nach Durchschnittswerten auszuschließen. Für diese Vertragsärzte und Vertragsärzte mit einer Fallzahl unter 100 bzw. ermächtigte Ärzte und Einrichtungen mit einer Fallzahl unter 50 kann eine Einzelfallprüfung nach § 11 durchgeführt werden.

- (7) In die Prüfung sind Vertragsärzte nicht einzubeziehen, bei denen die Abweichungen nach Abs. 4 durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt sind. Gelangt der Prüfungsausschuss zu dem Ergebnis, dass eine Praxisbesonderheit vorliegt, ist das Ausmaß in Euro zu bestimmen und auf den Fallwert derart umzurechnen, dass ein neuer, bereinigter Fallwert gebildet wird. Der bereinigte Fallwert ist mit dem Gruppenfallwert zu vergleichen. Liegt noch ein offensichtliches Missverhältnis vor, so ist der bereinigte Fallwert einer etwaigen Honorarkürzung zu Grunde zu legen. Gezielte Beratungen sollen jedoch weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Eine Honorarkürzung kann nicht beschlossen werden, wenn der errechnete Kürzungsbetrag je Antrag bei der Prüfung einzelner Leistungen nicht mindestens 250 €, einer Leistungssparte nicht mindestens 500 € und des Gesamthonorars nicht mindestens 1.000 € beträgt.
- (8) Als Prüfmaßnahme aus Prüfungen können die Ausschüsse Beratungen über Fragen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualität der Versorgung beschließen. Diese Beratungen werden nach den Vorgaben der Ausschüsse durch den Prüfungsausschuss, durch von ihm beauftragte beratende Ärzte oder andere geeignete Berater grundsätzlich innerhalb von 3 Monaten nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes durchgeführt. Grundlage der Beratungen sind die Übersichten über die vom Vertragsarzt im Prüfzeitraum abgerechneten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können einbezogen werden.
- (9) Die für die Beratungen vorgesehenen Unterlagen sollen dem betroffenen Vertragsarzt in der Regel mindestens 2 Wochen vor Durchführung der Beratung übersandt werden.
- (10) Wird durch den Prüfungsausschuss bei einem erstmals zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassenen Arzt innerhalb der ersten vier vollständigen Abrechnungsquartale Unwirtschaftlichkeit festgestellt, ist lediglich eine Beratung gemäß Abs. 8 durchzuführen.
- (11) Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzunehmen. Wiederholt festgestellte Unwirtschaftlichkeit liegt i. d. R. dann vor, wenn
- im Rahmen von Durchschnittsprüfungen für mindestens fünf aufeinander folgende Quartale Wirtschaftlichkeitsprüfungen für denselben Prüfbereich durchgeführt sind und
  - die Überschreitung nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten im offensichtlichen Missverhältnis zum gewichteten Fallwert der Fachgruppe steht.
- (12) Der Prüfungsausschuss informiert die KVSA und die Krankenkassen über fortgesetzte nachgewiesene Unwirtschaftlichkeit in der Behandlungsweise eines Vertragsarztes. Fortgesetzte Unwirtschaftlichkeit liegt vor, wenn der Vertragsarzt trotz rechtskräftig festgestellter Unwirtschaftlichkeit über mindestens sechs zusammenhängende Folgequartale keine Änderung des Abrechnungsverhaltens erkennen lässt. Die KVSA informiert den Prüfungsausschuss sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen darüber, ob der Vorstand der KVSA gegenüber dem betroffenen Vertragsarzt Maßnahmen ergreifen wird sowie ggf. über das Ergebnis dieser Maßnahmen.

## **§ 10**

### **Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten**

- (1) Soweit eine Richtgrößenprüfung gemäß § 8 dieser Vereinbarung nicht durchgeführt werden kann, prüft der Prüfungsausschuss nach Auswertung der Verordnungsstatistiken durch die Geschäftsstelle und Antragstellung durch die Antragsberechtigten gemäß § 2 Abs. 3 die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise bei Arznei- und Verbandmitteln, Heilmitteln sowie beim Sprechstundenbedarf quartalsweise nach Durchschnittswerten.
- (2) Als Vergleichsgruppe für die Auswertungen ist grundsätzlich eine an den Gebieten der Weiterbildungsordnung orientierte Arztgruppe zu verwenden. Als Vergleichsebene gilt die Landesebene. Sofern die Ausschüsse für die Prüfung die Festlegung anderer Vergleichsgruppen für notwendig erachten, erarbeitet die Geschäftsstelle eine Entscheidungsvorlage für den jeweiligen Ausschuss. Auf der Grundlage dieser Entscheidungsvorlage fasst der Ausschuss einen Beschluss.
- (3) Ein Antrag kann nur gestellt werden bei Vertragsärzten, deren Fallwert den entsprechenden Fallwert der Vergleichsgruppe erstmals um mindestens 60 v. H. oder innerhalb eines Zeitraumes von vier Quartalen mehr als einmal um mindestens 40 v. H. überschreitet.
- (4) Zur Errechnung der Vergleichswerte ist zusätzlich eine Gewichtung vorzunehmen. Dabei ist die gewichtete Abweichung die Differenz zwischen der tatsächlichen Verordnungskostensumme des einzelnen Vertragsarztes und der Verordnungskostensumme, die sich ergibt, wenn die Fallzahlen des einzelnen Vertragsarztes, getrennt nach Versichertengruppen, mit dem durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe multipliziert und diese Ergebnisse addiert werden. Die gewichtete Abweichung wird in v. H. ausgewiesen.
- (5) Die im Antrag anzugebende Prüfungsart richtet sich auch nach der Fallzahl des betroffenen Vertragsarztes. Ein Vertragsarzt, dessen Fallzahl in dem zu prüfenden Quartal nicht mindestens 20 v. H. der durchschnittlichen Fallzahl seiner Vergleichsgruppe beträgt, ist von der Prüfungsart nach Durchschnittswerten auszuschließen. Für diese Vertragsärzte und Vertragsärzte mit einer Fallzahl unter 100 bzw. ermächtigte Ärzte und Einrichtungen mit einer Fallzahl unter 50 kann bei Auffälligkeiten eine Einzelfallprüfung nach § 11 durchgeführt werden.
- (6) Bei der Prüfung des Sprechstundenbedarfs sind mindestens drei Vorquartale zum Vergleich heranzuziehen. Der Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen wirkt für alle an der Sprechstundenbedarfsvereinbarung beteiligten Krankenkassen. Abs. 4 findet für die Prüfung des Sprechstundenbedarfs keine Anwendung.
- (7) Der Nachweis der Verordnungskosten im Rahmen der Prüfung nach Durchschnittswerten erfolgt auf der Grundlage der gemäß Anlage 1 gelieferten Daten.

- (8) In die Prüfung sind Vertragsärzte nicht einzubeziehen, bei denen die Abweichung vom Fallwert der Vergleichsgruppe durch Praxisbesonderheiten gemäß § 6 gerechtfertigt ist. Gelangt der Prüfungsausschuss zu dem Ergebnis, dass eine Praxisbesonderheit vorliegt, ist das Ausmaß in Euro zu bestimmen und auf den Fallwert derart umzurechnen, dass ein neuer, bereinigter Fallwert gebildet wird. Der bereinigte Fallwert ist mit dem Gruppenfallwert zu vergleichen. Liegt noch ein offensichtliches Missverhältnis vor, so ist der bereinigte Fallwert einem etwaigen Regress zu Grunde zu legen. Gezielte Beratungen sollen jedoch weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Ein Regress kann nicht beschlossen werden, wenn der errechnete Betrag nicht mindestens 150 Euro beträgt.
- (9) Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Regressierungen vorzunehmen. Wiederholt festgestellte Unwirtschaftlichkeit liegt i. d. R. dann vor, wenn
1. im Rahmen von Durchschnittsprüfungen für mindestens fünf aufeinander folgende Quartale Wirtschaftlichkeitsprüfungen für denselben Prüfbereich durchgeführt und
  2. die Überschreitung nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten im offensichtlichen Missverhältnis zum gewichteten Fallwert der Fachgruppe steht und
  3. mindestens zwei Regresse dieser Prüfungen auf dem gleichen Sachverhalt bei der Verordnung von Arznei-, Verband- bzw. Heilmitteln beruhen.
- (10) Beratungen, die durch den Prüfungsausschuss als Maßnahme beschlossen wurden, werden nach den Vorgaben der Ausschüsse durch die beratenden Ärzte, die Pharmakotherapieberater der Krankenkassen oder durch andere geeignete Berater grundsätzlich innerhalb von 3 Monaten nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes durchgeführt. Grundlage der Beratungen sind die Übersichten über die vom Vertragsarzt im Prüfzeitraum verordneten oder veranlassten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können einbezogen werden.
- (11) Die für die Beratungen vorgesehenen Unterlagen sollen dem betroffenen Vertragsarzt mindestens 2 Wochen vor Durchführung der Beratung übersandt werden.
- (12) Wird durch den Prüfungsausschuss Unwirtschaftlichkeit bei einem erstmals zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassenen Arzt innerhalb der ersten vier vollständigen Abrechnungsquartale festgestellt, ist lediglich eine Beratung gemäß Abs. 10 durchzuführen.

## **§ 11 Einzelfallprüfung**

- (1) Bei einer Fallzahl von unter 100 Fällen bei niedergelassenen Ärzten bzw. unter 50 Fällen bei ermächtigten Ärzten kann bei vermuteter Unwirtschaftlichkeit eine Einzelfallprüfung durchgeführt werden. Eine Einzelfallprüfung beinhaltet die Prüfung einer Auswahl von Fällen auf ihre Wirtschaftlichkeit.
- (2) Die Einzelfallprüfung der Behandlungs- und/oder Ordnungsweise eines Vertragsarztes kann beantragt werden, wenn eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 3 Nrn. 1 - 4, 6 und 7 im gleichen Abrechnungszeitraum jeweils nicht erfolgen kann und Auffälligkeiten eine unwirtschaftliche Behandlungs- oder Ordnungsweise vermuten lassen.

## **§ 12**

### **Prüfung in besonderen Fällen**

- (1) Auf begründeten Antrag der KVSA oder einer Krankenkasse prüft der Prüfungsausschuss, ob der Vertragsarzt durch veranlasste oder verordnete oder selbst erbrachte Leistungen im einzelnen Behandlungs- bzw. Verordnungsfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat. Dem Antrag sind die zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen beizufügen.
- (2) Der Antrag muss innerhalb von 12 Monaten nach Ablauf des Behandlungsquartals, in dem die Leistung erbracht bzw. die Verordnung ausgestellt wurde, bei der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses vorliegen.
- (3) Über die Anträge soll der Prüfungsausschuss innerhalb von 3 Monaten nach Antragstellung entscheiden. Der Prüfungsausschuss entscheidet, ob und in welcher Höhe Unwirtschaftlichkeit besteht. Dabei ist die Gesamtwirtschaftlichkeit des Falles zu bewerten. Lässt sich die Höhe der Unwirtschaftlichkeit nicht eindeutig feststellen, bestimmt der Prüfungsausschuss den Umfang nach gewissenhafter Schätzung. Die Grundlagen bzw. Maßstäbe für eine vorgenommene Schätzung sind im Bescheid darzulegen.

## **§ 13**

### **Feststellung eines sonstigen Schadens**

- (1) Die Feststellung eines sonstigen einer Krankenkasse entstandenen Schadens regelt sich nach den Bestimmungen des § 48 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 44 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä). Gemäß Absatz 1 der genannten Paragraphen wird der sonstige durch einen Vertragsarzt verursachte Schaden, der einer Krankenkasse aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind oder aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen entsteht, durch die Prüfungseinrichtungen nach § 106 SGB V festgestellt.
- (2) Der Antrag muss mindestens einen Schaden in Höhe von 50 € Netto je Arzt und Quartal beinhalten, konkrete Angaben zur Art und zur Höhe des Schadens enthalten und ist von der Krankenkasse bei der KVSA zu stellen. Der betroffene Vertragsarzt ist darüber in Kenntnis zu setzen. Die KVSA überprüft ihre Zuständigkeit gemäß Absatz 2 und 3 des § 48 BMV-Ä bzw. gemäß Absatz 2 und 4 des § 44 EKV-Ä. Hält der Vertragsarzt den Schadenersatzanspruch für unberechtigt, ist der begründete Antrag zusammen mit der Stellungnahme des Arztes unverzüglich durch die KVSA der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses zur weiteren Bearbeitung und Entscheidung durch den Prüfungsausschuss zuzuleiten. Ausgenommen davon sind Ansprüche gemäß § 48 Absatz 3 BMV-Ä bzw. nach § 44 Absatz 4 EKV-Ä. Diese sind grundsätzlich durch die KVSA festzustellen.
- (3) Vom Ausschuss festgestellte Schadensbeträge von weniger als 25 € Netto je Quartal und Antrag bleiben unberücksichtigt.

- (4) Die Frist für die Geltendmachung des sonstigen Schadens mittels eines begründeten Antrages bei der KVSA beträgt 12 Monate nach Ablauf des Quartals, in dem die Verordnung ausgestellt wurde. Sollte im Rahmen eines laufenden Wirtschaftlichkeitsprüfverfahrens festgestellt werden, dass ein sonstiger Schaden im Sinne des BMV-Ä bzw. EKV-Ä vorliegt, muss dieser Schaden innerhalb von 6 Monaten seit Bekanntwerden des Schadens beim Prüfungsausschuss beantragt werden. Der Antrag kann sich längstens auf den Zeitraum der dem Antrag vorausgehenden 2 Kalenderjahre erstrecken.
- (5) Der Prüfungsausschuss entscheidet darüber, ob und in welcher Höhe der Krankenkasse durch Verschulden des Vertragsarztes ein zu ersetzender Schaden entstanden ist. Der Bescheid ist zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.

#### **§ 14**

##### **Prüfung auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)**

- (1) Die Zufälligkeitsprüfung nach Stichproben erfolgt gemäß § 106 Abs. 2 SGB V durch die Prüfung der in die Auswahl einzubeziehenden Vertragsärzte, die nach einem Zufallsprinzip ermittelt werden.
- (2) Die Höhe der Stichprobe beträgt insgesamt arztgruppen- und versichertenbezogen mindestens 2 v. H. der Ärzte je Quartal. Sie ist nach Arztgruppen gesondert zu bestimmen.
- (3) Das Nähere zu Inhalt, Beurteilungsgegenständen und Durchführung der Stichprobenprüfung regeln die von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Richtlinien. Das sich hieraus für die Landesebene Ergebende wird in Anlage 7 geregelt.

#### **§ 15**

##### **Verfahrensgrundsätze**

- (1) Über die Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung von Amts wegen bzw. deren Beantragung sind der betroffene Vertragsarzt, die KVSA, die betroffenen Krankenkassen und deren Verbände schriftlich in Kenntnis zu setzen, soweit sie nicht selbst Antragsteller sind. Davon ausgenommen ist die Information bzgl. der Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens an die KVSA, da die Anträge bei ihr gestellt werden. Der Arzt ist auf die Möglichkeit der Stellungnahme innerhalb einer Frist von 4 Wochen hinzuweisen.
- (2) Gegen einen Bescheid des Prüfungsausschusses können innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Beschlusses sowohl der betroffene Vertragsarzt, die KVSA, die Verbände der Krankenkassen als auch die betroffene Krankenkasse schriftlich oder zur Niederschrift bei der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses Widerspruch einlegen. Die KVSA, die Verbände der Krankenkassen bzw. die Krankenkasse sind über die Erhebung von Widerspruch und Klage umgehend in Kenntnis zu setzen.
- (3) Der Beschwerdeausschuss erteilt dem Widerspruchsführer und den anderen Verfahrensbeteiligten über die getroffene Entscheidung einen schriftlichen Bescheid.
- (4) Näheres regelt die Geschäftsordnung des Prüfungs- und des Beschwerdeausschusses.

- (5) Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der jeweiligen Instanz gilt mit der Bekanntgabe des Bescheides als beendet.
- (6) Bei der Festsetzung von Regressen ist zu berücksichtigen, dass der Arzt durch parallel durchgeführte Prüfungen nicht für denselben Sachverhalt unzulässig doppelt belastet wird.
- (7) Die Bestimmungen des Datenschutzes des Landes Sachsen-Anhalt und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie sonstiger geltender Datenschutzbestimmungen sind uneingeschränkt zu beachten.

## **§ 16**

### **Vollstreckung der Entscheidungen**

- (1) Die Geschäftsstelle des Prüfungs- und des Beschwerdeausschusses übersendet unverzüglich der KVSA und den einzelnen Krankenkassen zum Zwecke der Vollstreckung der getroffenen Entscheidungen alle rechtskräftigen Regress- und Kürzungsbeschlüsse unter Mitteilung der auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden anteiligen Ansprüche an der Gesamtforderung. Der auf die einzelnen Krankenkassen entfallende Anteil richtet sich nach der für den jeweiligen Prüfzeitraum gültigen Aufteilung entsprechend der auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Behandlungsfallzahlen des Arztes im Prüfzeitraum. Eine Aufteilung der Ansprüche auf die Krankenkassen ist nicht erforderlich, soweit es sich um Honorarkürzungen oder Regresse handelt, bei denen nur eine Kasse einen Rückforderungsanspruch entsprechend ihrem Antrag erhoben hat.
- (2) Die nach Maßgabe der Gesamtverträge zu entrichtende Vergütung verringert sich um die im Rahmen von Richtgrößenprüfungen beschlossenen Regressbeträge in der jeweiligen Aufteilung auf die Krankenkassen gemäß Absatz 1 Satz 2, wenn die Entscheidungen der Prüfungsgremien kraft Gesetzes oder besonderer Anordnung sofort vollziehbar sind. Die KVSA hat in der Höhe des jeweiligen Gesamtregressbetrages Rückforderungsansprüche gegen den Vertragsarzt.
- (3) Alle anderen von den Prüfungsgremien beschlossenen Honorarkürzungen und Regresse werden durch die KVSA mit den Honorarforderungen der betroffenen Ärzte des jeweils nächsten Abrechnungsquartals verrechnet, wenn die Entscheidungen kraft Gesetzes oder besonderer Anordnung sofort vollziehbar sind. Stundungen durch die KVSA sind maximal über 8 Quartale möglich. Darüber hinausgehende Stundungen können mit den betreffenden Landesverbänden der Krankenkassen einvernehmlich geregelt werden. Ein Erlass ist im Einvernehmen mit den betroffenen Landesverbänden der Krankenkassen möglich. Einbehaltene Honorarkürzungsbeträge werden dem Rückstellungsfonds der KVSA gem. HVV zugeführt, soweit es sich nicht um extrabudgetäre Leistungen handelt. Einbehaltene Regressbeträge werden den anspruchsberechtigten Krankenkassen kurzfristig zugeleitet.

**§ 17**  
**Salvatorische Klausel**

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

**§ 18**  
**In-Kraft-Treten und Kündigung**

- (1) Diese Prüfvereinbarung tritt mit ihrer Bekanntgabe in Kraft und löst damit die Prüfvereinbarung vom 01.01.2001 ab. Sie ist für die Prüfungen ab dem Abrechnungs- bzw. Ordnungsquartal 1/2004 anzuwenden.
- (2) Die Prüfvereinbarung kann von den Vertragspartnern, von den Krankenkassen jedoch nur gemeinsam und einheitlich, mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres gekündigt werden, erstmals zum 31.12.2006.

## Unterschriftsseite zur Prüfvereinbarung

Magdeburg,

---

Kassenärztliche Vereinigung  
Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

---

AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse

Magdeburg,

---

BKK-Landesverband Ost,  
Landesrepräsentanz Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

---

IKK Landesverband Sachsen-Anhalt

Hönow,

---

Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und  
Ostdeutschland, handelnd als Landesverband für  
die landwirtschaftliche Krankenversicherung,

Cottbus,

---

Knappschaft, Verwaltungsstelle Cottbus

Magdeburg,

---

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.  
Der Leiter der Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

---

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.  
Der Leiter der Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Hamburg,

---

See-Krankenkasse