

1. ÄNDERUNGSVEREINBARUNG

zur Vereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit
in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 106 Abs. 1 SGB V
ab dem Jahr 2017
(Prüfvereinbarung)

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)
Berliner Allee 22, 30175 Hannover

im Folgenden: KVN

einerseits

sowie

- der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
 - der IKK classic,
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden
(handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4a SGB V)
 - dem BKK Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Krankenkasse,
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
 - der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord-
Siemensstraße 7, 30173 Hannover
 - den Ersatzkassen
 - Techniker Krankenkasse (TK)
 - BARMER
 - DAK-Gesundheit
 - Kaufmännische Krankenkasse - KKH
 - Handelskrankenkasse (hkk)
 - HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen,
Schillerstr. 32, 30159 Hannover

im Folgenden: Verbände der Krankenkassen

andererseits

§ 1

Zur Anpassung der Prüfvereinbarung an die aktuelle Rechtslage und die praktischen Erfahrungen, schließen die Vertragspartner die folgende 1. Änderungsvereinbarung.

§ 2 Änderungen im Vertragstext

Die im Rubrum bezeichnete Prüfvereinbarung wird an die oben genannte, aktuelle Gesetzeslage angepasst. Der Wortlaut der angepassten Prüfvereinbarung inklusive der Anlagen entspricht der Anlage zu dieser Änderungsvereinbarung.

§ 3 Inkrafttreten

Die Regelungen dieser 1. Änderungsvereinbarung treten zum 01.01.2017 in Kraft. Abweichend davon treten für Einrichtungen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach den §§ 39 Abs. 1a, 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V Leistungen verordnen, die Regelungen der Prüfvereinbarung in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung am Tag nach Ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Anlage: Prüfvereinbarung mit Stand 08.04.2019 mit den Anlagen 1 bis 10

Hannover, den 17.04.2019

Kassenärztliche Vereinigung

AOK – Die Gesundheitskasse für
Niedersachsen

BKK Landesverband Mitte

IKK classic

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau als
Krankenkasse

KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion
Nord

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Niedersachsen

VEREINBARUNG

zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit
in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 106 Abs. 1 SGB V
ab dem Jahr 2017
(Prüfvereinbarung)

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen,
Berliner Allee 22, 30175 Hannover
- im Folgenden KVN –

einerseits

sowie

- der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
 - der IKK classic*,
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden
(* handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4a SGB V)
 - dem BKK Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Krankenkasse
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
 - der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord –
Siemensstraße 7, 30173 Hannover
 - und den Ersatzkassen
 - Techniker Krankenkasse (TK)
 - Barmer GEK
 - DAK-Gesundheit
 - Kaufmännische Krankenkasse - KKH
 - Handelskrankenkasse (hkk)
 - HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen,
Schillerstr. 32, 30159 Hannover

im Folgenden: Verbände der Krankenkassen
andererseits

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt Prüfungseinrichtungen.....	4
§ 1 Errichtung der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses.....	4
§ 2 Prüfungsstelle	4
§ 3 Beratungskommission.....	7
§ 4 Beschwerdeausschuss.....	7
§ 5 Beteiligte.....	9
§ 6 Verfahren vor der Prüfungsstelle.....	9
§ 7 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss.....	11
§ 8 Ergebnis des Prüfverfahrens	13
§ 9 Aufgaben des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses	14
§ 10 Aufgaben der KVN.....	14
§ 11 Rechnerische und sachliche Beanstandungen.....	15
§ 12 Grundlagen der Prüfung	15
§ 13 Praxisbesonderheiten / Kompensatorische Einsparungen.....	16
2. Abschnitt Zufälligkeitsprüfung zur Durchführung der Stichprobenprüfung	17
§ 14 Einleitung des Prüfverfahrens.....	17
§ 15 Statistiken zur Stichprobenprüfung.....	18
§ 16 Ergebnis der Stichprobenprüfung	19
3. Abschnitt Prüfung nach Durchschnittswerten.....	19
a) Prüfung ärztlicher Behandlungsweise	19
§ 17 Prüfanträge zur Überwachung der ärztlichen Leistungen.....	19
§ 18 Statistiken zur Überwachung der ärztlichen Behandlungsweise.....	19
§ 19 Bildung der Vergleichsgruppen	20
§ 20 Bildung der Fallwerte.....	20
§ 21 Fallwertvergleich.....	21
§ 22 Unwirtschaftlicher Mehraufwand	21
b) Prüfung ärztlich verordneter Leistungen	22
§ 23 Prüfung ärztlich verordneter Leistungen.....	22
§ 25 Bildung der Vergleichsgruppen	23
§ 27 Fallwertvergleich.....	24
§ 28 Sprechstundenbedarf	24
§ 29 Unwirtschaftlicher Mehraufwand	25

4. Abschnitt Sonstige Prüfungen	26
§ 30 Sonstiger Schaden und Richtlinienverstöße	26
§ 31 Weitere Prüfungen	26
§ 32 Prüfung der Zulässigkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf	27
5. Abschnitt	28
§ 33 Prüfung von weiteren Einrichtungen und Versorgungsverträgen	28
6. Abschnitt Widerspruchsverfahren / Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss	29
§ 34 Widerspruchsverfahren	29
7. Abschnitt Kosten	30
§ 35 Kostenregelungen	30
8. Abschnitt Schlussbestimmungen und Übergangsregelungen	31
§ 36 Übergangsregelung.....	31
§ 37 Salvatorische Klausel.....	31
§ 38 Inkrafttreten und Kündigung	31
Anlage 1 Entschädigungsregelung	34
Anlage 2 Besondere Vergleichsgruppen	35
Anlage 3 Zur Durchführung der Zufälligkeitprüfung (Stichprobenprüfung)	36
Anlage 4 Übersicht der gutgeschriebene Nachforderungsbeträge aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung	38
Anlage 5 – Bevollmächtigte(r) Dienstleister nach §§ 30 und 32 Abs. 7 und § 32 Abs. 6	39
Anlage 6 Muster Informationsschreiben	40
Anlage 7 Beratungen	41
Anlage 8 Musterschreiben Insolvenzverwalter	45
Anlage 9 Praxisbesonderheiten	48
Anlage 10 - Regelungen zu Verfahren nach § 33 – Datenlieferung und Kosten der Verfahren	50

1. Abschnitt

Prüfungseinrichtungen

§ 1

Errichtung der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses

- (1) Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie die Prüfung der Zulässigkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf bilden die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen – vdek - (Verbände) gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss mit Sitz in Hannover bei der „Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Niedersachsen e.V.“.
- (2) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss sind je eine organisatorisch selbstständige Einheit. Beide nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr. Der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt.
- (3) Die Aufsicht über die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes Niedersachsen.
- (4) Die gesetzlichen Regelungen des Datenschutzes und der Datensicherheit im SGB X, Bundesdatenschutzgesetz und Niedersächsischen Datenschutzgesetz sind einzuhalten. Die Bestellung des Datenschutzbeauftragten erfolgt durch die in Abs. 1 genannte Arbeitsgemeinschaft.

§ 2

Prüfungsstelle

- (1) Der Leiter der Prüfungsstelle wird von den Vertragspartnern gemäß § 106c Abs. 2, S. 3 SGB V bestellt und kann durch diese abberufen werden.
- (2) Auf Vorschlag des Leiters der Prüfungsstelle einigen sich die Vertragspartner jährlich bis zum 30. November über die personelle, sachliche sowie finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle für das kommende Kalenderjahr.
- (3) Der Leiter der Prüfungsstelle führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a SGB X gerecht wird.
- (4) Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle unterliegen der Schweigepflicht. Sie sind zur Verschwiegenheit über alle Umstände, die ihnen anlässlich der Verfahren bekannt werden, verpflichtet.
- (5) Die Prüfungsstelle nach § 106c SGB V prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 106 SGB V i. V. m. §§ 106a und b SGB V. Dazu gehört auch die Durchführung der Berechnungen zur Feststellung der Zielerreichung gem. der Arznei- und Heilmittelzielvereinbarung. Grundlage für alle Prüfungen sind die durch die in §§ 296 und

297 SGB V genannten Institutionen zu liefernden Daten. Für Form, Inhalt und Einzelheiten der Datenübermittlung ist der Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen maßgebend.

- (6) Die Prüfungsstelle prüft die Zulässigkeit der Verordnungen von Sprechstundenbedarf.
- (7) Die Prüfungsstelle prüft verordnete Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 Arzneimittelgesetz (Anwendungsbeobachtung) beteiligt sind.
- (8) Die Prüfungsstelle prüft verordnete Leistungen von Ärztinnen und Ärzten weiterer Einrichtungen und im Rahmen von Versorgungsverträgen gemäß Abschnitt 5.
- (9) Zu den Aufgaben der Prüfungsstelle gehören insbesondere:
 - a. die Zusammenstellung der für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit maßgeblichen Tatsachen,
 - b. soweit erforderlich, unabhängige Sachverständige mit der Erstellung von Gutachten zu beauftragen,
 - c. die Prüfung in einer Durchschnittswertprüfung befindlichen Vertragsärzte hinsichtlich eines anhängigen Insolvenzverfahrens vor Bescheiderlass,
 - d. die Anmeldung von Forderungen jeglicher Prüfart zur Insolvenztabelle beim zuständigen Insolvenzverwalter,
 - e. die Festsetzung von Maßnahmen sowie die Erstellung von Bescheiden,
 - f. die Führung der Prüfsakte,
 - g. die Führung eines laufenden Verzeichnisses über die eröffneten Verfahren, den Verfahrensstand, Widersprüche, Klageverfahren, Forderungsanmeldungen in Insolvenzverfahren, Status der Forderungsanmeldung und Prüfergebnisse, das den Vertragspartnern in elektronischer Form monatlich aktualisiert zu übersenden ist,
 - h. die Erstellung einer quartalsweisen Übersicht der rechtskräftigen Beschlüsse gemäß Absätzen 11 und 12 für die Vertragspartner,
 - i. die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung in Verfahren zur Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind,
 - j. die jährliche Berichterstattung an die Vertragspartner über die Anzahl der eröffneten und abgeschlossenen Verfahren sowie der dort festgestellten Ergebnisse, gemeinsam mit dem Beschwerdeausschuss. Dieser Bericht bezieht sich auf das Kalenderjahr und ist bis zum 15.02. des Folgejahres vorzulegen. Die Vertragspartner erhalten zu diesem Termin je eine Ausfertigung des Berichts. Dieser Bericht ist gemäß § 106c Abs. 5 SGB V der Aufsichtsbehörde vorzulegen,

- k. einmal jährlich, gemeinsam mit dem Beschwerdeausschuss, bis spätestens 30. September eines Jahres, die Einnahmen- und Ausgabenübersicht für das kommende Geschäftsjahr (Kalenderjahr) zur Genehmigung durch den Trägerverein gemäß § 1 Abs. 1 zu erstellen. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Es gelten die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit,
 - l. einmal jährlich, gemeinsam mit dem Beschwerdeausschuss, bis spätestens zwei Monate nach Ablauf eines Geschäftsjahres, einen Rechenschaftsbericht für das abgelaufene Geschäftsjahr zur Entlastung durch den Trägerverein zu erstellen.
- (10) Die Prüfungsstelle unterstützt den Beschwerdeausschuss organisatorisch. Dazu gehören im Auftrag des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses insbesondere folgende Aufgaben:
- a) mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu Ausschusssitzungen zu laden, die erforderlichen Unterlagen zusammen zu stellen und an die Ausschussmitglieder zu übersenden. Auf Wunsch werden diese im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern übermittelt,
 - b) die Protokollführung,
 - c) nach Beschlussfassung, die Niederschriften und die Bescheide auszufertigen,
 - d) Stellungnahmen zu Verfahren, Niederschriften und Bescheiden sowie die Sitzungsprotokolle zu erstellen und zu versenden,
 - e) die Einnahmen- und Ausgabenübersicht und den Rechenschaftsbericht vorzubereiten.
- (11) Zur Honorarverrechnung teilt die Prüfungsstelle der KVN unverzüglich nach Bestandskraft von Honorarkürzungsbescheiden - spätestens aber nach Zustellung des Bescheids des Beschwerdeausschusses - gemäß den Entscheidungen der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses, den Prüfungszeitraum, die Prüfungsart, die Abrechnungsnummer und den Namen des Vertragsarztes, den Kürzungsbetrag, getrennt nach budgetierter und nichtbudgetierter Gesamtvergütung unter Ausweis der einzelnen Leistungen mit (gilt für Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten und ggf. Stichprobenprüfung).
- (12) Unverzüglich nach Bestandskraft von Bescheiden zu Prüfungen für ärztlich verordnete Leistungen - spätestens aber nach Zustellung des Beschlusses des Beschwerdeausschusses - informiert die Prüfungsstelle die am Verfahren Beteiligten über die durch die Prüfungsstelle und ggf. den Beschwerdeausschuss getroffenen Entscheidungen. Diese Mitteilung enthält den Prüfungszeitraum, die Prüfungsart, die Abrechnungsnummer und den Namen des Vertragsarztes sowie die Nachforderungssumme bzw. Schadensersatzsumme.
- (13) Die Prüfungsstelle überprüft in einer Durchschnittwertprüfung befindliche Vertragsärzte vor belastender Erteilung eines Bescheides auf ein anhängiges Insolvenzverfahren. Ist ein Insolvenzverfahren eröffnet, meldet die Prüfungsstelle die vorläufige Nachforderung schriftlich beim Insolvenzverwalter an. Hierfür nutzt die Prüfungsstelle das Musteranschreiben nach Anlage 8. Die Vertragspartner werden im Abstand von einem Monat über entsprechende Vorgänge von der Prüfungsstelle informiert.

- (14) Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle sind ausschließlich dem Leiter der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss fachlich weisungsgebunden. In sonstigen Angelegenheiten ist Einvernehmen mit dem Trägerverein (§ 1 Abs. 1) herzustellen.
- (15) Für ihre Aufgaben nach § 106c Abs. 2 SGB V bedient sich die Prüfungsstelle bereits bestehender Einrichtungen zur Datenverarbeitung, soweit sie nicht über eigene Einrichtungen verfügt.

§ 3

Beratungskommission

- (1) Zur fachlichen Unterstützung der Prüfungsstelle bei der Erfüllung ihrer Aufgaben können die Vertragspartner eine oder mehrere Beratungskommissionen bilden. Eine Beratungskommission besteht aus jeweils zwei Vertretern der Verbände und der KVN. Der Anspruch auf Entschädigung der entsandten Mitglieder der Verbände und der KVN richtet sich gegen die bestellenden Körperschaften nach deren Regelungen.
- (2) Eine Beratungskommission wird anlassbezogen auf Empfehlung aller Vertragspartner gebildet. Die Prüfungsstelle kann die Bildung einer Beratungskommission anregen/empfehlen. Die Bildung einer Beratungskommission kommt z.B. in Betracht für die Erarbeitung von Empfehlungen und für die Behandlung von Fragestellungen oder zur fachlich-inhaltlichen Unterstützung bei der Erstellung von Beratungsschreiben.

§ 4

Beschwerdeausschuss

- (1) Der Beschwerdeausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und jeweils drei Vertretern der Krankenkassen/Verbände sowie der KVN. § 1 Abs. 2 WiPrüfVO gilt entsprechend.
- (2) Für die Vertreter im Beschwerdeausschuss, die seitens der Krankenkassen/Verbände und der KVN bestellt werden, sind jeweils Stellvertreter in ausreichender Anzahl zu benennen.
- (3) Der unparteiische Vorsitzende und sein Stellvertreter werden durch die Vertragspartner gemeinsam bestellt. Die Vertreter der Krankenkassen/Verbände sowie der KVN, einschließlich deren Stellvertreter, werden durch die jeweils entsendenden Organisationen bestellt. Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sind gegenüber den sie entsendenden Organisationen fachlich nicht weisungsgebunden.
- (4) Die Sitzungen des Beschwerdeausschusses werden vom Vorsitzenden geleitet. Der Beschwerdeausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens der unparteiische Vorsitzende und jeweils zwei Vertreter der Krankenkassen/Verbände und KVN anwesend sind. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Kann eine Sitzung wegen fehlender Beschlussfähigkeit nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden, wird nach erneuter Ladung mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder entschieden. In diesem Fall müssen mindestens der Vorsitzende oder sein Stellvertreter anwesend sein. Bei Fehlen

eines Vertreters der Verbände oder KVN sind die Vertreter der Verbände oder KVN nur in gleicher Zahl stimmberechtigt.

- (5) Die Amtsdauer der Mitglieder des Beschwerdeausschusses beträgt zwei Jahre. Eine Neubestellung ist möglich. Werden Mitglieder während einer laufenden Amtsperiode bestellt, endet ihre Mitgliedschaft mit dem Ende der jeweiligen Amtsperiode.
- (6) Der Vorsitzende und dessen Stellvertreter können aus wichtigem Grund durch übereinstimmenden Beschluss der Vertragspartner oder von der Aufsichtsbehörde, nach Anhörung der Vertragspartner, abberufen werden. Jede der bestellenden Körperschaften entbindet ein von ihr bestelltes Mitglied von seinem Amt, wenn das Mitglied dies wünscht oder ein wichtiger Grund vorliegt.
- (7) Die KVN und die Krankenkassen/Verbände teilen der Prüfungsstelle einen Wechsel der bestellten Mitglieder und Stellvertreter mit. Die Prüfungsstelle führt Verzeichnisse über die Mitglieder und Stellvertreter des Beschwerdeausschusses. Jede Änderung ist seitens der Prüfungsstelle unverzüglich allen an dieser Vereinbarung beteiligten Vertragspartnern in Form einer aktuellen Gesamtübersicht anzuzeigen.
- (8) Bei Zweifeln an der Unbefangenheit eines Ausschussmitgliedes gilt § 17 Abs. 2 SGB X in Verbindung mit § 16 Abs. 1 und 4 SGB X.
- (9) Der Vorsitzende und dessen Stellvertreter haben Anspruch auf eine in Anlage 1 geregelte Entschädigung gemäß § 2 Abs. 3 und 4 WiPrüfVO und auf Reisekosten nach § 2 Abs. 2 WiPrüfVO gegenüber dem Trägerverein der Prüfungsstelle.
- (10) Der Anspruch auf Entschädigung und Reisekosten der übrigen Mitglieder des Beschwerdeausschusses richtet sich gegen die bestellende Körperschaft nach deren Regelungen.
- (11) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses haben über den Hergang der Beratung sowie über die Person des vom Prüfverfahren betroffenen Vertragsarztes und über die Abstimmungen während und nach Beendigung der Mitgliedschaft gegenüber Dritten Stillschweigen zu bewahren. Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses haben das Recht, die Prüfsakten einzusehen.
- (12) Was in dieser Vereinbarung für Mitglieder bestimmt ist, gilt entsprechend für deren Stellvertreter.
- (13) Der Beschwerdeausschuss beschließt eine Geschäftsordnung zur Organisation und Zuständigkeit sowie zur weiteren Geschäftsverteilung und Stellvertretung. Die Geschäftsordnung ist der Aufsichtsbehörde und den Vertragspartnern vorzulegen.

§ 5 **Beteiligte**

- (1) Beteiligte am Verfahren sind:
- a) betroffene, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte/innen, Psychologische Psychotherapeuten/innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen, ermächtigte Krankenhausärzte/innen, Belegärzte, ärztlich geleitete Einrichtungen, Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 SGB V) im Folgenden „Vertragsarzt“ genannt und ggf. die weiteren Einrichtungen und Leistungserbringer der Versorgungsverträge gem. § 33.
 - b) die KVN,
 - c) die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen,
 - d) für Sonstige Prüfungen nach dem 4. Abschnitt die antragstellende Krankenkasse.
- (2) Die Beteiligten haben das Recht, alle Unterlagen eines Prüfverfahrens einzusehen. § 25 Abs. 4 SGB X gilt entsprechend.

§ 6 **Verfahren vor der Prüfungsstelle**

- (1) Die Prüfungsstelle entscheidet:
- a) über alle für die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlichen vorbereitenden Maßnahmen, soweit in dieser Vereinbarung keine besonderen Regelungen enthalten sind,
 - b) über die Anforderung der zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise des Vertragsarztes notwendigen Unterlagen bei den am Verfahren Beteiligten,
 - c) über die Beratung der Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von diesen im Prüfzeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen zu Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung,
 - d) über eine Geschäftsordnung zur Organisation und Zuständigkeit sowie zur weiteren Geschäftsverteilung. Die Geschäftsordnung ist der Aufsichtsbehörde und den Vertragspartnern vorzulegen,
 - e) über Maßnahmen nach arztbezogener Stichprobenprüfung (§ 106a Abs. 1 SGB V),
 - f) über Maßnahmen nach Prüfung ärztlicher Behandlungsweise und ärztlich verordneter Leistungen entsprechend den im 3. Abschnitt festgelegten Prüfarten (§§ 106a, 106b SGB V),
 - g) über Maßnahmen nach Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen weiterer Einrichtungen und Versorgungsverträgen gemäß Abschnitt 5,

- h) über Maßnahmen nach Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise des Sprechstundenbedarfs nach Durchschnittswerten,
 - i) über Maßnahmen nach Prüfung der Zulässigkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf.
 - j) über Maßnahmen nach Prüfung Sonstiger Schäden gemäß § 48 BMV-Ärzte und Verstöße gegen Richtlinien des Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 SGB V,
- (2) Die Entscheidungen der Prüfungsstelle werden den Beteiligten gemäß § 5 durch Bescheid bekannt gegeben. Der Bescheid ist zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und vom Leiter der Prüfungsstelle oder einem bevollmächtigten Mitarbeiter der Prüfungsstelle zu unterzeichnen.
- (3) Der Bescheid der Prüfungsstelle ist schriftlich so zu begründen, dass aus ihm die Gründe für die Vornahme oder das Unterbleiben von Kürzungen oder Nachforderungen nachvollziehbar sind. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Prüfungsstelle zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Es sollen insbesondere für folgende Sachverhalte verständliche und ausführliche Begründungen enthalten sein:
- Anerkennung oder Nichtanerkennung von Praxisbesonderheiten und/oder
 - Anerkennung oder Nichtanerkennung kompensationsfähiger Einsparungen,
 - Erläuterungen zu Entscheidungen, soweit die Prüfungsstelle nach ihrem Ermessen entschieden hat.
- (4) Nach § 106 b Abs. 2 Satz 3, Halbsatz 1 SGB V ist bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen einer statistischen Prüfung eine individuelle Beratung festzusetzen und durchzuführen. Dies gilt für die in § 2 Abs. 2 der Rahmenvorgaben in der jeweils gültigen Fassung aufgelisteten Verordnungsbereichen jeweils gesondert:
- Verordnungen von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V)
 - Verordnung von Arznei- und Verbandsmitteln einschließlich Sprechstundenbedarf (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von Heilmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von Hilfsmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von Krankentransporten (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von Behandlung in Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 73 Abs. 2 Satz 8 SGB V)
 - Verordnung von Psychotherapie (§ 73 Abs. 2 Nr. 12 SGB V)

- Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung
(§ 73 Abs. 2 Nr. 14 SGB V)

- (5) Eine erstmalige Auffälligkeit bei statistischen Prüfungen liegt vor, wenn bisher weder
- eine individuelle Beratung nach § 106 b Abs. 2 Satz 3, Halbsatz 1 SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,
 - noch eine „Nachforderung“ (Erstattung des Mehraufwandes im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) oder
 - Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.1.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt ferner vor, wenn eine in § 6 Abs. 5 Satz 1 genannte Maßnahme länger als fünf Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurück liegt.

- (6) Die Festsetzung einer individuellen Beratung als Maßnahme bei statistischen Prüfungen soll in der Regel innerhalb von zwei Jahren nach Ende des Prüfzeitraumes erfolgen. Weitere Maßnahmen im Rahmen einer statistischen Prüfung dürfen erstmals für den Prüfzeitraum nach erfolgter individueller Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden.
- (7) Die individuelle Beratung kann frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides erfolgen und soll spätestens sechs Monate nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides durchgeführt worden sein. Das nähere ist in Anlage 7 geregelt.

§ 7

Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

- (1) Der Beschwerdeausschuss entscheidet über Widersprüche Beteiligter gemäß § 5 gegen von der Prüfungsstelle beschlossene Maßnahmen.
- (2) Der Beschwerdeausschuss verhandelt in nicht öffentlichen Sitzungen. Er entscheidet nach geheimer Beratung unter Ausschluss der Beteiligten.
- (3) Der Beschwerdeausschuss kann Sachverständige anhören.
- (4) Ein Vertreter der KVN darf bei der Überprüfung seiner eigenen ärztlichen Tätigkeit als Mitglied des Beschwerdeausschusses nicht mitwirken.
- (5) Der Beschwerdeausschuss entscheidet durch Beschluss. Der Beschluss ist in Bescheidform zu fassen, zu begründen, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen, vom Vorsitzenden zu unterzeichnen und den Beteiligten gemäß § 5 bekannt zu geben.
- (6) Der Beschluss des Beschwerdeausschusses ist schriftlich so zu begründen, dass aus ihm die Gründe für die Vornahme oder das Unterbleiben von Kürzungen oder Nachforderungen nachvollziehbar sind. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die den Beschwerdeausschuss zu seiner Entscheidung bewogen haben. Es sollen insbesondere für folgende Sachverhalte verständliche und ausführliche

Begründungen enthalten sein:

- Anerkennung oder Nichtanerkennung von Praxisbesonderheiten und/oder
- Anerkennung oder Nichtanerkennung kompensationsfähigen Einsparungen,
- Erläuterungen zu Entscheidungen, soweit der Beschwerdeausschuss nach seinem Ermessen entschieden hat.

(7) Nach § 106 b Abs. 2 Satz 3, Halbsatz 1 SGB V ist bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen einer statistischen Prüfung eine individuelle Beratung festzusetzen und durchzuführen. Dies gilt für die in § 2 Abs. 2 der Rahmenvorgaben in der jeweils gültigen Fassung folgende aufgelisteten Verordnungsbereiche jeweils gesondert. Dies gilt für folgende Verordnungsbereiche jeweils gesondert:

- Verordnungen von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V)
- Verordnung von Arznei- und Verbandsmitteln einschließlich Sprechstundenbedarf (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- Verordnung von Heilmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- Verordnung von Hilfsmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- Verordnung von Krankentransporten (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- Verordnung von Behandlung in Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 73 Abs. 2 Satz 8 SGB V)
- Verordnung von Soziotherapie (§ 73 Abs. 2 Nr. 12 SGB V)
- Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (§ 73 Abs. 2 Nr. 14 SGB V)

(8) Eine erstmalige Auffälligkeit bei statistischen Prüfungen liegt vor, wenn bisher weder

- eine individuelle Beratung nach § 106 b Abs. 2 Satz 3, Halbsatz 1 SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,
- noch eine „Nachforderung“ (Erstattung des Mehraufwandes im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) oder
- Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.1.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt ferner vor, wenn eine in Satz 1 genannte Maßnahme länger als fünf Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurück liegt.

- (9) Die Entscheidung des Beschwerdeausschusses gemäß § 106c Abs. 1 SGB V soll in der Regel innerhalb von zwei Jahren nach Zugang des Widerspruchs bei der Prüfungsstelle erfolgen. Weitere Maßnahmen im Rahmen einer statistischen Prüfung dürfen erstmals für den Prüfzeitraum nach erfolgter individueller Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden.
- (10) Die individuelle Beratung kann frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides erfolgen und soll spätestens sechs Monate nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides durchgeführt worden sein. Das nähere ist in Anlage 7 geregelt.
- (11) Über die Sitzungen des Beschwerdeausschusses sind Protokolle anzufertigen. Sie enthalten die Bezeichnung des Ausschusses, Zeit und Ort der Sitzung, die Teilnehmer, Beginn und Ende der Sitzung und die wesentlichen Erklärungen und Feststellungen sowie die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses. Das Protokoll ist vom Vorsitzenden und vom Protokollführer zu unterzeichnen. Das Protokoll erhalten die Mitglieder des Beschwerdeausschusses und die Vertragspartner. Der jeweiligen Prüfsache ist ein arzt- bzw. betriebsstättenbezogener Protokollauszug der Sitzung des Beschwerdeausschusses beizufügen, der Angaben enthalten muss zu Ort, Zeit und Teilnehmern der Sitzung sowie den Text des Beschlusses, auf den der den jeweiligen Arzt betreffende Bescheid des Beschwerdeausschusses Bezug nimmt.

§ 8

Ergebnis des Prüfverfahrens

- (1) Als Ergebnis ihrer Prüfungen entscheidet die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss,
 - a) ob der Sachstand keine Veranlassung zu Prüfmaßnahmen gibt,
 - b) ob der Vertragsarzt (ggf. erneut) zu beraten ist,
 - c) ob und ggf. in welcher Höhe eine Kürzung oder eine Nachforderung festzusetzen ist,
 - d) ob durch das Vorliegen von Prüfverfahren zum gleichen Prüfzeitraum eine Prüfmaßnahme überhaupt möglich ist.
- (2) Beschließt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss in erforderlichen Fällen eine Beratung der Ärzte über die Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung, erfolgt dies nach Maßgabe des § 106 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 1 Abs. 5 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung (WiPrüfVO) als Ergebnis des Prüfverfahrens im Rahmen eines schriftlichen Bescheides. Der schriftliche Bescheid soll Hinweise zu den rechtlichen und tatsächlichen Gegebenheiten enthalten, die nach Auffassung der Prüfungseinrichtung zu einer unwirtschaftlichen Behandlungs- bzw. Verordnungsweise geführt haben. Der Bescheid soll dem Betroffenen Möglichkeiten aufzeigen, Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen und die Behandlungs- bzw. Verordnungsweise dem Wirtschaftlichkeitsgebot anzupassen. Gegenstand, Ziel und Inhalt der Beratungen sind in Anlage 7 geregelt.

- (3) Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss setzt die Höhe der Kürzung oder der Nachforderung fest. Bei der Festsetzung einer Nachforderung sind gesetzliche Rabatte zu berücksichtigen. Zuzahlungen der Versicherten sind als pauschalisierte Beträge zu berücksichtigen. Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die entsprechenden Beträge als Summe der Zuzahlungen der Versicherten arztbezogen. Die Aufteilung des festgestellten Betrages auf die einzelnen Krankenkassen erfolgt durch die KVN gemäß § 10.

§ 9

Aufgaben des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses

Der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses ist für die Durchführung der Aufgaben des Ausschusses verantwortlich. Er führt die laufenden Geschäfte des Ausschusses und bedient sich hierzu der Prüfungsstelle. Insbesondere hat er:

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

§ 10

Aufgaben der KVN

- (1) Die KVN verteilt die von der Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss festgesetzte Honorarkürzung bzw. die Nachforderungsbeträge in den Verfahren nach § 6 Abs. 1 Buchstabe e) bis g) auf die an der Abrechnung des Vertragsarztes beteiligten Krankenkassen nach Behandlungsfallzahlen des Prüfzeitraums. In den Verfahren nach § 6 Abs. 1 Buchstabe j) wird der festgesetzte Betrag der jeweils antragstellenden Krankenkasse gutgeschrieben. Die Krankenkassen werden über die Kürzungen bzw. Beträge (Anlage 4) informiert. Die Sätze 1 bis 3 gelten analog für Nachforderungen nach § 6 Abs. 1 Buchstabe h) und i), mit der Maßgabe, dass die Beträge dem Treuhandkonto des Dienstleisters der Krankenkassen bzw. der Verbände (Anlage 5) gutgeschrieben werden.
- (2) Die Beträge nach Abs. 1 werden mit den von den Krankenkassen zu entrichtenden Zahlungen der Gesamtvergütung an die KVN verrechnet. Die Verrechnung und der entsprechende Ausweis der Beträge erfolgt im nächstmöglichen Formblatt 3. Die Krankenkassen werden quartalsweise in einer Mitteilung über die im Formblatt 3

gutgeschriebenen Beträge informiert, aus der sich der Arzt, die Prüffart, der Prüfzeitraum und der gutgeschriebene Betrag ergeben. Die Verbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen sind daneben quartalsweise durch eine Gesamtdarstellung der im Quartal mit den Krankenkassen verrechneten Beträge aus GKV-übergreifenden Prüffarten gemäß Anlage 4 zu informieren.

- (3) Die Kassenärztliche Vereinigung erfüllt Schadenersatzforderungen der Krankenkassen durch Aufrechnung gegen Honorarforderungen des Vertragsarztes, wenn in einem erstinstanzlichen Urteil eines Sozialgerichts die Forderung bestätigt wird. Soweit eine Aufrechnung nicht möglich ist, weil Honorarforderungen des Vertragsarztes gegen die Kassenärztliche Vereinigung nicht mehr bestehen, tritt die Kassenärztliche Vereinigung den Anspruch auf Nachforderungs- und Schadenersatzbeträge an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung ab. Im Fall von Nachforderungen aus der Prüfung der Verordnung von Sprechstundenbedarf erfolgt die Abtretung an die Krankenkassen. Die Abtretung ist Seitens der KVN ausschließlich und in Höhe der Gesamtforderung (keine Sammelabtretungen) gegenüber dem beauftragten Dienstleister zu erklären, wie er sich aus der aktuell anzuwendenden Prüfvereinbarung (Anlage 5) ergibt. Gleiches gilt bei Nachforderungen gemäß § 30, sofern ein Dienstleister gemäß § 30 Abs. 7 beauftragt wurde.
- (4) Im Fall der Abtretung hat die Kassenärztliche Vereinigung unter Hinweis auf das Datum des Nachforderungsbescheides schriftlich die Umstände mitzuteilen, die eine Aufrechnung ausschließen. Umstände in diesem Sinne sind insbesondere die Einstellung der vertragsärztlichen Tätigkeit, der Wechsel der Organisationsform (Wechsel von Einzel zu Gemeinschaftspraxis oder umgekehrt) oder die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens. Hierbei sind maßgebliche Zeitpunkte (z. B. Datum der Praxisaufgabe, Datum der Eröffnung des Insolvenzverfahrens) sowie die zuletzt bekannte Praxisanschrift des Arztes der Krankenkasse mitzuteilen. Hierzu verwendet die KVN das in Anlage 6 vereinbarte Musteranschreiben.

§ 11

Rechnerische und sachliche Beanstandungen

Stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss im Rahmen ihrer/seiner Tätigkeit rechnerische und sachliche Fehler der Abrechnung fest, so gibt sie die Abrechnung an die KVN zur Überprüfung zurück. Ist dieser Fehler für das Prüfverfahren von Bedeutung, wird das Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren bis zum Abschluss der Überprüfung ausgesetzt. Das Ergebnis der Überprüfung wird seitens der KVN der Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss mitgeteilt.

§ 12

Grundlagen der Prüfung

- 1) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist eine arzt- bzw. Betriebsstätten bezogene Prüfung. Die Tätigkeit der angestellten Ärzte wird dem anstellenden Arzt, der anstellenden Berufsausübungsgemeinschaft bzw. dem anstellenden Medizinischen Versorgungszentrum als Träger der Betriebsstätte zugeordnet.

- (2) Die Tätigkeit an den Nebenbetriebsstätten ist der Hauptbetriebsstätte zuzuordnen. Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft wird die Tätigkeit an den Nebenbetriebsstätten dem gewählten Hauptsitz zugeordnet.
- (3) Sofern ein Arzt an unterschiedlichen Betriebsstätten und/ oder Nebenbetriebsstätten in einem jeweils anderen vertragsarztrechtlichen Status (als Vertragsarzt, angestellter Arzt, Arzt im Medizinischen Versorgungszentrum, ermächtigter Arzt, Arzt in genehmigter Berufsausübungsgemeinschaft), tätig ist, so wird seine Tätigkeit der jeweiligen Betriebsstätte nach den für die Betriebsstätte geltenden Regeln zugeordnet.

§ 13

Praxisbesonderheiten / Kompensatorische Einsparungen

- (1) Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche für die Vergleichsgruppe von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungs-kosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert. Wird eine Praxisbesonderheit mit besonderen Kenntnissen oder mit einer besonderen Praxisausstattung begründet, setzt die Anerkennung durch die Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss den Nachweis voraus, dass diese Besonderheiten zu einer entsprechenden Konzentration von Patienten geführt haben, die dieser Besonderheiten bedürfen. Die in Anlage 9 genannten Praxisbesonderheiten bleiben davon unberührt.
- (2) Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss haben allen Hinweisen auf Praxisbesonderheiten des überprüften Vertragsarztes nachzugehen, soweit diese ihnen aus den Unterlagen oder in sonstiger Weise bekannt sind oder soweit sie vom überprüften Vertragsarzt konkret und nachvollziehbar geltend gemacht werden. Für die geltend gemachten Praxisbesonderheiten trägt der Vertragsarzt die Beweislast.
- (3) Kann die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss sich nach Ausschöpfung aller vertretbaren Prüfmöglichkeiten nicht davon überzeugen, dass die geltend gemachte Praxisbesonderheit gerechtfertigt ist, hat die Anerkennung zu unterbleiben. In der Beschlussbegründung ist darzulegen, welche Untersuchungen und Überlegungen die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss angestellt hat und welche Gründe für die Ablehnung maßgebend gewesen sind.
- (4) Gelangt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss zu dem Ergebnis, dass eine Praxisbesonderheit vorliegt, ist das Ausmaß zu bestimmen. Lässt sich der Umfang der kostenmäßigen Auswirkungen einer Praxisbesonderheit nicht beziffern, ist er zu schätzen. Der überprüfte Vertragsarzt ist im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht gehalten, insbesondere durch Vorlage zusätzlicher Unterlagen dazu beizutragen, dass die kostenmäßigen Auswirkungen einer Praxisbesonderheit wirklichkeitsnah bestimmt oder geschätzt werden können. Unterlässt er die ihm mögliche und zumutbare Mitwirkung, kann die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss die Anerkennung ablehnen.
- (5) Der Mehraufwand im 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.

- (6) Der Vertragsarzt und die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss sollen zur Klärung der Frage zusammenwirken, ob zwischen den Mehraufwendungen im geprüften Bereich und den Minderaufwendungen in einem anderen Bereich ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Der Vertragsarzt kann den Nachweis der Ursächlichkeit durch Darlegungen anhand von Einzelfällen führen, sofern diese Einzelfälle repräsentativ für den Prüfgegenstand sind. Kann hiernach eine Ursächlichkeit nicht vermutet werden, geht die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss davon aus, dass ein kompensationsfähiger Minderaufwand nicht vorliegt.
- (7) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss haben allen Hinweisen auf kompensationsfähige Einsparungen nachzugehen, soweit sie sich aus den Unterlagen ergeben, sonst bekannt sind oder vom überprüften Vertragsarzt konkret und nachvollziehbar geltend gemacht werden.
- (8) Besondere Versorgungsbedarfe bei Verordnungen von Heilmitteln nach Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen in der jeweils aktuellen Fassung sind als Praxisbesonderheiten anzuerkennen und vor Einleitung des Prüfverfahrens zu berücksichtigen.
- (9) Darüber hinaus können seitens des Arztes weitere individuelle Praxisbesonderheiten gemäß Anlage 1 § 3 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V geltend gemacht werden. Die Prüfungsstelle entscheidet über den Umfang der anzuerkennenden Praxisbesonderheiten.

2. Abschnitt

Zufälligkeitsprüfung zur Durchführung der Stichprobenprüfung

§ 14

Einleitung des Prüfverfahrens

- (1) Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage von Stichproben gem. § 106a Abs. 1 SGB V.
- (2) Die Stichprobe umfasst mindestens 2 v. H. der im zu prüfenden Quartal bei der KVN abrechnenden Vertragsärzte.
- (3) Der einer Stichprobenprüfung zugrunde zu legende Zeitraum beträgt mindestens vier Quartale.
- (4) Die KVN ermittelt quartalsweise die Stichprobe mit einem EDV-gestützten Zufallsgenerator und übermittelt diese Stichprobe an die Prüfungsstelle.

- (5) In die Stichprobenprüfung werden keine Vertragsärzte einbezogen,
- a) die innerhalb der letzten 4 Quartale vor dem Zeitraum der Stichprobenprüfung mit gleichem Prüfinhalt in eine Stichprobe einbezogen waren,
 - b) die erst weniger als vier Quartalsabrechnungen vorgelegt haben,
 - c) gegen die in einem oder mehreren der vier dem Zeitraum der Stichprobenprüfung vorausgehenden Quartale Statistische Prüfungen von Amts wegen bereits eingeleitet oder durchgeführt wurden.

Für alle nachfolgenden Prüfungen gilt, dass Prüfungen einer artbezogenen Wirtschaftlichkeit der Prüfarten nach § 6 Abs. 1 f), die den gleichen Prüfzeitraum sowie die gleichen Sachverhalte betreffen, sich gegenseitig ausschließen.

- (6) Die Prüfungsstelle führt die Ermittlung nach Abs. 5 durch und informiert die Beteiligten nach § 5 Abs. 1 Buchst. a) bis c) über die tatsächlich eingeleiteten Prüfverfahren.
- (7) Als Prüfungsmethoden in der Zufälligkeitsprüfung kommen in Betracht:
- a) die Einzelfallprüfung und die repräsentative Einzelfallprüfung nach Maßgabe vorher festgelegter Prüfungsgegenstände,
 - b) bei Vorliegen von arztgruppenbezogenen Datenauswertungen und ausreichend großer Zahl an Vertragsärzten in der Vergleichsarztgruppe eine statistische Durchschnittsprüfung.
- (8) Die Prüfungsstelle wählt geeignete Prüfkriterien gemäß Anlage 3 aus, um konkrete Anhaltspunkte für die Bewertung zu haben.
- (9) Im Übrigen gelten die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfungen gemäß § 106a Abs. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung (im Folgenden „Richtlinien“) als unmittelbarer Bestandteil dieser Vereinbarung.

§ 15

Statistiken zur Stichprobenprüfung

Zur Prüfung der ärztlichen Leistungen können die in § 18 genannten Daten entsprechend herangezogen werden.

§ 16

Ergebnis der Stichprobenprüfung

- (1) Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss trifft bei festgestellter Unwirtschaftlichkeit eine Entscheidung über die Prüfmaßnahme (z.B. Honorarkürzungen oder Beratung). Bei erstmaliger im Rahmen einer Stichprobenprüfung festgestellter Unwirtschaftlichkeit soll einer Beratung der Vorzug gegeben werden.
- (2) Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss informiert die Beteiligten über das Ergebnis der Prüfung.

3. Abschnitt

Prüfung nach Durchschnittswerten

a) Prüfung ärztlicher Behandlungsweise

§ 17

Prüfanträge zur Überwachung der ärztlichen Leistungen

- (1) Die Prüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten erfolgt auf Antrag eines Vertragspartners dieser Vereinbarung und kann sich auf den Gesamtfallwert dieser Praxis, einzelne Gebührenordnungsnummern des EBM oder auf Teilbereichsfallwerte (Spartenvergleich) beziehen.
- (2) Anträge sind an die Prüfungsstelle zu richten. Die Prüfungsstelle stellt die für das Quartal gestellten Anträge als Liste zusammen und teilt den Vertragspartnern mit, inwieweit bereits schon andere Prüfverfahren für denselben Zeitraum eingeleitet oder beantragt wurden.
- (3) Nach Zugang der Mitteilung gemäß Abs. 2 hat der Antragssteller das Recht innerhalb von zwei Wochen den Antrag zurückzunehmen. Nach Ablauf dieser Frist beginnt das Prüfverfahren.

§ 18

Statistiken zur Überwachung der ärztlichen Behandlungsweise

- (1) Grundlage für die Prüfungen sind die durch die in §§ 296 und 297 SGB V genannten Institutionen zu liefernden Daten. Für Form, Inhalt und Einzelheiten der Datenübermittlung ist der Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen maßgebend.
- (2) Die konkreten Einzelheiten der Datenübermittlung, die Termine, der Inhalte von Statistiken und der technischen Umsetzung werden zwischen den Vertragspartnern unter Beteiligung der Prüfungsstelle in einer separaten technischen Umsetzungsvereinbarung geregelt. Die Erstellung und Übermittlung der Statistiken und Daten an die Prüfungsstelle erfolgt unentgeltlich.

§ 19

Bildung der Vergleichsgruppen

- (1) Für alle Vertragsärzte werden Vergleichsgruppen auf Landesebene gebildet. Um den unterschiedlichen Praxisstrukturen in ländlichen Bereichen auf der einen und in städtischen Verdichtungsräumen auf der anderen Seite Rechnung zu tragen und möglichst homogene Vergleichsgruppen zu ermöglichen, wird für Vertragsärzte mit Zulassung für die hausärztliche Versorgung je KVN-Bezirksstelle bzw. mit Niederlassung in entsprechenden Verdichtungsräumen eine gesonderte Vergleichsgruppe gebildet. Für welche Verdichtungsräume dies zutrifft, wird in Anlage 2 bestimmt. Für Internisten und Kinderärzte erfolgt eine Aufteilung in fachärztlich bzw. hausärztlich Tätige. Darüber hinaus werden separate Vergleichsgruppen für Ärzte mit einem besonderen Versorgungsauftrag/Sicherstellungszulassung nach Anlage 2 gebildet.
- (2) Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage des durchschnittlichen Leistungsbedarfs je Fall (Fallwert) pro Quartal.
- (3) Stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss fest, dass einzelne Leistungen, die bei dem Vertragsarzt überprüft werden sollen, von den Angehörigen der Vergleichsgruppe in einem erheblichen, den Gruppenfallwert beeinflussenden Umfang nicht abgerechnet werden, wird eine neue Vergleichsgruppe aus denjenigen Vertragsärzten gebildet, die die Leistung abgerechnet haben.
- (4) Einer Vergleichsgruppe sollen möglichst mehr als 20 Praxen angehören. Für weniger als 10 Praxen darf in der Regel eine Vergleichsgruppe nicht gebildet werden.
- (5) Besteht die Vergleichsgruppe aus 20 oder weniger Praxen, wird die Abrechnung des überprüften Vertragsarztes bei der Ermittlung des Fallwertes der Vergleichsgruppe nicht berücksichtigt.
- (6) Für Vertragsärzte, die zum Führen von zusätzlichen Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen nach Maßgabe der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern berechtigt sind, kann eine entsprechende besondere Vergleichsgruppe gebildet werden. Dies gilt auch für Ärzte und Praxen, für die ein besonderer Versorgungsauftrag/Sicherstellungszulassung durch die KVN genehmigt wurde (Anlage 2). Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss kann auch in anderen Fällen besondere Vergleichsgruppen bilden. Sie sollen eine besondere Vergleichsgruppe bilden, wenn die Tätigkeit eines Vertragsarztes sich vom Durchschnitt der Angehörigen derselben Vergleichsgruppe wesentlich unterscheidet und das Unterscheidungsmerkmal die Zubilligung eines erhöhten Fallwertes sachlich rechtfertigt. Absätze 3 bis 5 finden auch bei der Bildung besonderer Vergleichsgruppen Anwendung.

§ 20

Bildung der Fallwerte

- (1) Alle ambulanten (einschließlich belegärztlichen) kurativen Leistungen einschließlich der Sonstigen Hilfen, die die zugelassenen niedersächsischen Vertragsärzte den AOKn, BKKn, IKKn, SVLFG, der Knappschaft sowie den Ersatzkassen auf Abrechnungsscheinen und/oder Überweisungsscheinen (Muster 5 und 6), Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19)

pro Quartal in Rechnung gestellt haben, werden zusammengefasst und durch die Zahl der abgerechneten Behandlungsfälle geteilt.

- (2) Für den ärztlichen Notdienst (Muster 19) wird ein entsprechend berechneter Fallwert gesondert ausgewiesen.
- (3) Die weiteren konkreten Einzelheiten der Datenübermittlung, die Termine, der Inhalte von Statistiken und der technischen Umsetzung werden zwischen den Vertragspartnern unter Beteiligung der Prüfungsstelle in einer separaten technischen Umsetzungsvereinbarung geregelt. Die Erstellung und Übermittlung der Statistiken und Daten an die Prüfungsstelle erfolgt unentgeltlich.

§ 21

Fallwertvergleich

- (1) Überschreitet der Vertragsarzt den Durchschnittswert seiner Vergleichsgruppe um mehr als 50 %, kann die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss im Allgemeinen ein offensichtliches Missverhältnis annehmen, dass die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit begründet, soweit die Überschreitung des Durchschnittswerts nicht bereits vorab durch bekannte Praxisbesonderheiten erklärbar ist. Andernfalls wird dem Vertragsarzt Gelegenheit gegeben, innerhalb eines Monats die Höhe seiner Ausgaben zu begründen. Abweichend von Satz 1 gilt bei der Prüfung einzelner Gebührenordnungsnummern die Interventionsgrenze von 100 %.
- (2) Sofern es sich um eine besonders homogene Vergleichsgruppe handelt, kann die Annahme eines offensichtlichen Missverhältnisses niedriger angesetzt werden.
- (3) Unter den Voraussetzungen der Absätze 1 oder 2 können prozentuale Honorarkürzungen vorgenommen werden.

§ 22

Unwirtschaftlicher Mehraufwand

- (1) Als Ergebnis ihrer Prüfung stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss fest, ob der Vertragsarzt unwirtschaftliche Mehrkosten verursacht hat.
- (2) Hat der Vertragsarzt unwirtschaftliche Mehrkosten verursacht, ist deren Umfang zu bestimmen. Bei der Honorarprüfung wird der unwirtschaftliche Mehraufwand in Abhängigkeit der Bewertung der Leistung in Punkten bzw. in Euro ausgewiesen, jeweils je Fall und insgesamt.
- (3) Die Höhe des unwirtschaftlichen Mehraufwandes bestimmt sich aus der Differenz zwischen dem Fallwert des Vertragsarztes und dem um einen Toleranzrahmen erhöhten Vergleichsgruppenwert. Hat die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss kompensationsfähige Einsparungen und/oder Praxisbesonderheiten anerkannt, bestimmt sich der unwirtschaftliche Mehraufwand in diesem Falle aus der Differenz zwischen dem bereinigten Vertragsarztfallwert und dem um den Toleranzrahmen erhöhten Vergleichsgruppenwert. Durch Multiplikation mit der Fallzahl ist der Gesamtaufwand des unwirtschaftlichen Mehraufwandes zu ermitteln.

b) Prüfung ärztlich verordneter Leistungen

§ 23

Prüfung ärztlich verordneter Leistungen

- (1) Nach § 6 Abs. 5 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V erfolgt für erstmalig zugelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in den ersten beiden Prüfzeiträumen (8 Quartale) nach der Zulassung keine Maßnahme im Rahmen der Prüfung nach Durchschnittswerten.
- (2) Die Vertragspartner können durch eine regionale Ziel-/Ablösevereinbarung die Durchführung der Durchschnittsprüfung nach den Abs. 3 bis 5 für einzelne oder alle Ärzte ausschließen. Die Prüfungsstelle wird durch die Vertragspartner über die Inhalte einer entsprechenden Vereinbarung informiert.
- (3) Gemäß § 106b Abs. 1 SGB V ist die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen (auch Sprechstundenbedarf) nach Durchschnittswerten arzt- bzw. Betriebsstätten bezogen bei Überschreitung der Interventionsgrenze von 50% als Auffälligkeitsprüfung durchzuführen.
- (4) Die Durchschnittsprüfung soll für nicht mehr als 5 vom Hundert der Vertragsärzte einer Vergleichsgruppe durchgeführt werden. Sollte die gemäß Abs. 1 ermittelte Gesamtzahl der Überschreiter einer Vergleichsgruppe die Grenze nach Satz 1 übersteigen, wird eine Begrenzung der durchzuführenden Durchschnittsprüfung vorgenommen. Dies geschieht durch eine Vorabprüfung in der Reihenfolge nach folgenden Verfahren bis die Gesamtzahl der Prüfverfahren die Grenze nach Satz 1 erreicht bzw. nicht mehr übersteigt:
 - a) Gegen Ärzte, die sich in allen drei Jahren vor dem aktuellen Prüffjahr in einem förmlichen Prüfverfahren befunden haben, ihnen gegenüber aber in keinem dieser drei vorhergehenden Prüffjahre eine Maßnahme festgesetzt wurde, wird eine Prüfung nach Durchschnittswerten im aktuellen Prüffjahr nicht durchgeführt.
 - b) Der Prüfungsstelle bekannte Praxisbesonderheiten, die für den jeweiligen Arzt aus den Vorjahren bekannt sind und voraussichtlich weiterhin bestehen, sowie Abzugsbeträge nach § 130a Abs. 8 SGB V (Rabattverträge), werden vom Verordnungsvolumen bzw. Überschreibungsbetrag des Arztes abgezogen und es ist erneut festzustellen, ob sich eine weitere relevante Überschreitung des Durchschnittswertes ergibt.
 - c) Weitere Kriterien für die Ermittlung von Abzugsbeträgen, welche zur Reduzierung des Durchschnittswertes führen, können auf Anregung einer der Vertragspartner oder der Prüfungsstelle beschlossen werden.
 - d) Die weitere Auswahl erfolgt der Höhe nach absteigend nach der absoluten Überschreitung des Durchschnittswertes.
- (5) Der Prüfzeitraum beträgt jeweils ein Kalenderjahr.

§ 24

Statistiken zur Überwachung ärztlich verordneter Leistungen

- (1) Grundlage für die Prüfungen sind die durch die in §§ 296 und 297 SGB V genannten Institutionen zu liefernden Daten. Für Form, Inhalt und Einzelheiten der Datenübermittlung ist der Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen maßgebend.
- (2) Die konkreten Einzelheiten der Datenübermittlung, die Termine, der Inhalte von Statistiken und der technischen Umsetzung werden zwischen den Vertragspartnern unter Beteiligung der Prüfungsstelle in einer separaten technischen Umsetzungsvereinbarung geregelt. Die Erstellung und Übermittlung der Statistiken und Daten an die Prüfungsstelle erfolgt unentgeltlich.

§ 25

Bildung der Vergleichsgruppen

- (1) Für alle Vertragsärzte werden Vergleichsgruppen auf Landesebene gebildet. Um den unterschiedlichen Praxisstrukturen in ländlichen Bereichen auf der einen und in städtischen Verdichtungsräumen auf der anderen Seite Rechnung zu tragen und möglichst homogene Vergleichsgruppen zu ermöglichen, wird für Vertragsärzte mit Zulassung für die hausärztliche Versorgung je KVN-Bezirksstelle bzw. mit Niederlassung in entsprechenden Verdichtungsräumen eine gesonderte Vergleichsgruppe gebildet. Für welche Verdichtungsräume dies zutrifft, wird in Anlage 2 bestimmt. Für Internisten und Kinderärzte erfolgt eine Aufteilung in fachärztlich bzw. hausärztlich Tätige. Darüber hinaus werden separate Vergleichsgruppen für Ärzte mit einem besonderen Versorgungsauftrag/Sicherstellungszulassung nach Anlage 2 gebildet.
- (2) Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage der durchschnittlichen Verordnungskosten je Fall (Fallwert) pro Quartal.
- (3) Stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss fest, dass einzelne Verordnungen, die bei dem Vertragsarzt überprüft werden sollen, von den Angehörigen der Vergleichsgruppe in einem erheblichen, den Gruppenfallwert beeinflussenden Umfang nicht vorgenommen werden, wird eine neue Vergleichsgruppe aus denjenigen Vertragsärzten gebildet, die diese Verordnungen vorgenommen haben.
- (4) Einer Vergleichsgruppe sollen möglichst mehr als 20 Praxen angehören. Für weniger als 10 Praxen darf in der Regel eine Vergleichsgruppe nicht gebildet werden.
- (5) Besteht die Vergleichsgruppe aus 20 oder weniger Praxen, werden die Verordnungskosten des überprüften Vertragsarztes bei der Ermittlung des Fallwertes der Vergleichsgruppe nicht berücksichtigt.
- (6) Für Vertragsärzte, die zum Führen von zusätzlichen Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen nach Maßgabe der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern berechtigt sind, kann eine entsprechende besondere Vergleichsgruppe gebildet werden. Dies gilt auch für Ärzte und Praxen, für die ein besonderer Versorgungsauftrag/Sicherstellungszulassung durch die KVN genehmigt wurde

(Anlage 2). Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss kann auch in anderen Fällen besondere Vergleichsgruppen bilden. Sie sollen eine besondere Vergleichsgruppe bilden, wenn die Tätigkeit eines Vertragsarztes sich vom Durchschnitt der Angehörigen derselben Vergleichsgruppe wesentlich unterscheidet und das Unterscheidungsmerkmal die Zubilligung eines erhöhten Fallwertes sachlich rechtfertigt. Absätze 3 bis 5 finden auch bei der Bildung besonderer Vergleichsgruppen Anwendung.

§ 26

Bildung der Fallwerte

- (1) Alle Verordnungen für Arznei-, Verband- und/oder Heilmittel, die die zugelassenen niedersächsischen Vertragsärzte zu Lasten der AOKn, BKKn, IKKn, SVLFG, der Knappschaft sowie den Ersatzkassen auf Muster 16 und / oder 13, 14, 18 verordnet haben, werden zusammengefasst und durch die Zahl der abgerechneten Behandlungsfälle pro Quartal geteilt.
- (2) Die konkreten Einzelheiten der Datenübermittlung, die Termine, der Inhalte von Statistiken und der technischen Umsetzung werden zwischen den Vertragspartnern unter Beteiligung der Prüfungsstelle in einer separaten technischen Umsetzungsvereinbarung geregelt. Die Erstellung und Übermittlung der Statistiken und Daten an die Prüfungsstelle erfolgt unentgeltlich.
- (3) Soweit Prüfverfahren für weitere Verordnungsbereiche gemäß § 6 Abs. 4 geregelt sind, werden die Fallwerte analog Absatz 1 berechnet. Es sei denn, die Vertragspartner vereinbaren eine andere Berechnungsmethode.

§ 27

Fallwertvergleich

- (1) Überschreitet der Vertragsarzt den Durchschnittswert seiner Vergleichsgruppe um mehr als 50 %, kann die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss im Allgemeinen ein offensichtliches Missverhältnis annehmen, das die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit begründet, soweit die Überschreitung des Durchschnittswerts nicht bereits vorab durch bekannte Praxisbesonderheiten erklärbar ist. Andernfalls wird dem Vertragsarzt Gelegenheit gegeben, innerhalb eines Monats die Höhe seiner Ausgaben zu begründen.
- (2) Sofern es sich um eine besonders homogene Vergleichsgruppe handelt, kann die Annahme eines offensichtlichen Missverhältnisses niedriger angesetzt werden.

§ 28

Sprechstundenbedarf

- (1) Der Sprechstundenbedarf des zu prüfenden Quartals sowie der drei vorangegangenen Quartale ist in Euro auszuweisen. Die weiteren konkreten Einzelheiten der Datenübermittlung, die Termine, der Inhalte von Statistiken und der technischen Umsetzung werden zwischen den Vertragspartnern unter Beteiligung der Prüfungsstelle in einer

separaten technischen Umsetzungsvereinbarung geregelt. Die Erstellung und Übermittlung der Statistiken und Daten an die Prüfungsstelle erfolgt unentgeltlich.

- (2) Die §§ 23 bis 27 gelten entsprechend.

§ 29

Unwirtschaftlicher Mehraufwand

- (1) Als Ergebnis ihrer Prüfung stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss fest, ob der Vertragsarzt unwirtschaftliche Mehrkosten verursacht hat.
- (2) Hat der Vertragsarzt unwirtschaftliche Mehrkosten verursacht, ist deren Umfang zu bestimmen. Bei der Verordnungsprüfung wird der unwirtschaftliche Mehraufwand in Euro ausgewiesen, jeweils je Fall und insgesamt.
- (3) Zur Berechnung des unwirtschaftlichen Mehraufwandes (brutto) wird die Abweichung des Bruttoverordnungsvolumens je Quartal zur Vergleichsgruppe zu Grunde gelegt und summiert. Zur Ermittlung der Nettoquote werden die Nettoverordnungskosten der Hauptbetriebsstätte durch die Bruttoverordnungskosten dividiert. Der unwirtschaftliche Mehraufwand (netto) berechnet sich aus der Multiplikation der Nettoquote der Hauptbetriebsstätte mit dem unwirtschaftlichen Mehraufwand (brutto).

4. Abschnitt

Sonstige Prüfungen

§ 30

Sonstiger Schaden und Richtlinienverstöße

- (1) Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss stellt auf Antrag einer Krankenkasse einen Sonstigen Schaden im Einzelfall nach § 48 Abs. 1 BMV-Ärzte fest.
- (2) Die Prüfungsstelle stellt einen Verordnungsregress wegen Verstößen gegen die Richtlinien des Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V fest.
- (3) Der Antrag auf Festsetzung eines Sonstigen Schadens gemäß Absatz 1 oder eines Verordnungsregresses nach Absatz 2 ist zu begründen und soll bei der Prüfungsstelle innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Ordnungsquartals, welches Veranlassung für den Antrag gegeben hat, eingegangen sein. Ein Antrag ist ausgeschlossen, wenn der vermutete Schaden 50,00 € nicht übersteigt. Eine Addition verschiedener Regressforderungen gemäß Abs. 1 oder Abs. 2 für den betroffenen Vertragsarzt im selben Prüfquartal ist zulässig.
- (4) Vor Entscheidung der Prüfungsstelle oder des Beschwerdeausschusses ist dem Arzt Gelegenheit zu geben, binnen eines Monats zu den Anträgen der Krankenkassen Stellung zu nehmen.
- (5) Lässt sich das Vorliegen eines Schadens und/oder dessen Höhe nicht eindeutig feststellen, bestimmt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen, ob und ggf. in welchem Umfang ein Schaden vorliegt.
- (6) Ergibt sich für die Prüfungsstelle oder den Beschwerdeausschuss bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ein Hinweis auf einen Schaden nach Abs. 1, wird die beteiligte Krankenkasse informiert.
- (7) Haben die Krankenkassen oder ihre Verbände Dienstleister mit der Prüfung der verordneten Leistungen beauftragt, können diese Dienstleister darüber hinaus auch bevollmächtigt werden, Anträge nach Abs. 1 und 2 zu stellen sowie bezüglich der vorgenannten Anträge Widerspruch gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle einzulegen. Der jeweils aktuelle Dienstleister ist von den Verbänden zu benennen (Anlage 5).

§ 31

Weitere Prüfungen

Die Prüfungsstelle prüft auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Vertragspartners in begründeten Fällen, ob der Vertragsarzt unwirtschaftliche ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen veranlasst hat. Der Antrag ist zu begründen und soll innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Leistungs- bzw. Ordnungsquartals bei der Prüfungsstelle gestellt werden. Zur Antragshöhe gilt § 30 Abs. 3 Satz 2 entsprechend.

§ 32

Prüfung der Zulässigkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf

- (1) Die Prüfungsstelle hat auf Antrag der Krankenkassen oder ihrer Verbände Verstöße gegen die jeweils geltende Sprechstundenbedarfsvereinbarung festzustellen.
- (2) Der Antrag ist zu begründen und soll bei der Prüfungsstelle innerhalb von 6 Monaten, spätestens innerhalb von 9 Monaten, nach Ablauf des Ausstellungsquartals der Verordnung eingegangen sein. Bei Rechnungen von Lieferanten nach § 4 Abs. 7 der SSB-Vereinbarung, tritt an die Stelle des Verordnungsquartales das Quartal des Zuganges der Rechnung. Ein Antrag ist ausgeschlossen, wenn der vermutete Schaden 50,00 € nicht übersteigt. Eine Addition verschiedener Schäden wegen Verstößen im selben Prüfquartal ist zulässig. Sofern der vermutete Schaden der vermutete Schaden 50,00 € pro Arzt im Quartal unterschreitet, können die Krankenkassen oder ihre Verbände den Arzt schriftlich darauf hinweisen. Bei der wiederholten Verordnung desselben unzulässigen Mittels gilt die Mindestschadenhöhe (Satz 3) nicht, sofern der Arzt vorher schriftlich durch die Prüfungsstelle darauf hingewiesen wurde.
- (3) Vor Entscheidung der Prüfungsstelle ist dem Arzt Gelegenheit zu geben, binnen eines Monats Stellung zu nehmen.
- (4) Die Entscheidung der Prüfungsstelle wird den Beteiligten durch Bescheid bekannt gegeben. Der Bescheid ist schriftlich so zu begründen, dass die Entscheidungsgründe für die Vornahme oder das Unterbleiben von Nachforderungen nachvollziehbar sind. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Prüfungsstelle zu ihrer Entscheidung bewogen hat. Die Feststellung eines Schadens ist nur innerhalb von 2 Jahren nach Ablauf des Quartals der Verordnung zulässig.
- (5) Die am Prüfverfahren Beteiligten können Widerspruch gegen den Bescheid der Prüfungsstelle einlegen. Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Beschlusses schriftlich oder zur Niederschrift beim Beschwerdeausschuss zu erheben.
- (6) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können einen Dienstleister bevollmächtigen Anträge nach §§ 30 und 32 Abs. 1 zu stellen sowie Widersprüche einzulegen. Der jeweils aktuelle Dienstleister ist von den Verbänden zu benennen (Anlage 5).
- (7) Die übrigen Regelungen des Abschnittes 1 gelten entsprechend.

5. Abschnitt

§ 33

Prüfung von weiteren Einrichtungen und Versorgungsverträgen

Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von ärztlich verordneten Leistungen

- von Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V,
- von Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V,
- von geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V,
- von Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V,
- von Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 119a SGB V,
- von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 119b SGB V,
- von Medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V ,
- im Rahmen des Entlassmanagements nach §§ 39 Abs. 1a (Krankenhäuser), 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 (Reha-Einrichtungen) SGB V ,
- im Rahmen von HzV-Verträgen nach § 73b SGB V,
- im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V,
- im Rahmen von Selektivverträgen nach § 140a SGB V,

gelten die §§ 14-32 entsprechend. Näheres wird in Anlage 10 geregelt. Die Aufgabe wird der Prüfungsstelle übertragen.

Protokollnotiz zu § 33

§ 33 findet Anwendung, wenn und soweit eine positive Stellungnahme des zuständigen Finanzamtes zu der Frage der Weiterführung der Steuerfreiheit der echten Mitgliedsbeiträge vorliegt. Die Herbeiführung erfolgt im Rahmen eines Antrages auf verbindliche Auskunft durch die ARWINI e.V.

6. Abschnitt

Widerspruchsverfahren / Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

§ 34

Widerspruchsverfahren

- (1) Die am Prüfverfahren Beteiligten können Widerspruch gegen den Bescheid der Prüfungsstelle erheben. Abweichend davon findet in Fällen der Festsetzung eines Regresses bei Leistungen die durch das Gesetz oder die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind, eine Anrufung des Beschwerdeausschusses nicht statt.
- (2) Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheids schriftlich oder zur Niederschrift beim Beschwerdeausschuss zu erheben.
- (3) Im Widerspruch soll der angefochtene Bescheid bezeichnet und konkret dargelegt werden, in welchem Umfang der Bescheid angefochten wird.
- (4) Die Sitzung des Beschwerdeausschusses soll spätestens innerhalb von 12 Monaten nach Eingang des Widerspruchs stattfinden. Voraussetzung ist, dass die dazugehörige Ordnungsstatistik so rechtzeitig vorliegt, dass sie mit der Einladung zur Sitzung versandt werden kann.
- (5) § 5 Abs. 2 gilt entsprechend.

7. Abschnitt

Kosten

§ 35

Kostenregelungen

- (1) Die Kosten der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses werden durch die „Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Niedersachsen e. V.“ getragen. Dies gilt nicht für die Durchführung von Prüfverfahren nach § 2 Abs. 4 bis 7 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen. Die Kostenregelung für Verfahren nach § 2 Abs. 4 bis 7 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V ergibt sich aus Anlage 10.
- (2) Für das Erstellen der nach §§ 296 und 297 SGB V in Verbindung mit dem Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu liefernden Unterlagen werden seitens der Vertragspartner keine Kosten gegenüber der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss oder untereinander geltend gemacht.
- (3) Die Kosten für die Zusammenführung der Verordnungsdaten der Krankenkassen einer Kassenart tragen die Verbände. Die Aufbereitung dieser Daten zu den entsprechenden Statistiken werden gemäß Abs. 1 geregelt.
- (4) Abweichend von Abs. 3 erstellt die KVN auf ihre Kosten die im 3. Abschnitt Buchst. a) genannten Statistiken und Daten zur Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise.
- (5) Abweichend von Abs. 3 erstellen die Verbände auf ihre Kosten die im 3. Abschnitt Buchst. b) genannten Statistiken und Daten zur Prüfung ärztlich verordneter Leistungen.

8. Abschnitt

Schlussbestimmungen und Übergangsregelungen

§ 36

Übergangsregelung

(1) Zu § 32 treffen die Vertragspartner folgende weitere Vereinbarung:

Der Beschwerdeausschuss Niedersachsen tritt mit Wirkung ab 01.01.2010 als Rechtsnachfolger in sämtliche gegen die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen gerichteten Klageverfahren betreffend Verstöße gegen die SSB – Vereinbarung ein; sowohl Passivlegitimation als auch Prozessführungsbefugnis gehen auf den Beschwerdeausschuss Niedersachsen über.

(2) Der Prüfungsstelle werden die in § 2 Abs. 9 Satz 1 Buchstabe c und d sowie § 2 Abs. 13 Satz 1 genannten Aufgaben auch für Richtgrößenprüfungen bis einschließlich des Prüfungsjahres 2016 übertragen.

§ 37

Salvatorische Klausel

Sollte eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der Vereinbarung 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 kommt.

§ 38

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2017 in Kraft und ersetzt die bisherige zwischen den Vertragspartnern geschlossene Prüfvereinbarung. Für Leistungen; die bis zum 31.12.2016 erbracht, verordnet oder veranlasst wurden, gilt die bisherige Prüfvereinbarung.
- (2) Abweichend davon treten für Einrichtungen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach den §§ 39 Abs. 1a, 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V Leistungen verordnen, die Regelungen der Prüfvereinbarung in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung am Tag nach Ihrer Veröffentlichung in Kraft.
- (3) Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Abweichend von Satz 1 kann § 31 (Weitere Prüfanträge) isoliert mit Wirkung zum Ablauf des nächsten auf die schriftliche Kündigung folgenden Quartals gekündigt werden, sofern ein oder mehrere Vertragspartner der Auffassung sind, dass eine

übermäßige Ausweitung von Anträgen nach § 31 vorliegt. Die Wirksamkeit der übrigen Regelungen der Vereinbarung bleibt hiervon unberührt. Die vor Wirksamkeit der Kündigung gestellten Anträge bleiben von der Kündigung ebenfalls unberührt.

- (4) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass es zur einvernehmlichen Anpassung von Anlagen aufgrund praktischer Erfahrungen einer Kündigung oder Änderungsvereinbarung nicht bedarf; sie können im schriftlichen Korrespondenzweg zwischen den Vertragsparteien vorgenommen werden.

Hannover, den 23.12.2016

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

BKK Landesverband Mitte, Regionalvertretung Niedersachsen, Bremen, Sachsen-Anhalt

IKK classic
(handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4a SGB V)

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 36 KVLG 1989)

KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord

Verband der Ersatzkassen e.V.- Landesvertretung Niedersachsen -

Anlage 1

Entschädigungsregelung

für den Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und dessen Stellvertreter,
Stand 01.01.2017

Der Vorsitzende und dessen Stellvertreter erhalten für die Arbeit im Beschwerdeausschuss und für die Gerichtsvertretung eine Vergütung durch Grundpauschalen und Sitzungsgelder sowie eine Reisekostenerstattung.

Mit den Grundpauschalen sind sämtliche Vor- und Nacharbeiten im Zusammenhang mit den anfallenden Sitzungen abgegolten.

Die Sitzungsgelder sind je angefangene Viertelstunde mit 25,00 € abzurechnen. Maßgeblich sind die im jeweiligen Sitzungsprotokoll der BA-Sitzung bzw. des Gerichtstermins vermerkten Sitzungszeiten. Die Vergütung bestimmt sich der Höhe nach wie folgt:

Sitzungsvergütung

	BA-V	Stv. BA-V
Grundpauschale	1.250,00 € / mtl.	1.250,00 € / mtl.
Sitzungsgeld	100 € / h	100 € / h

Gerichtsvertretung

	BA-V	Stv. BA-V
Grundpauschale	200,00 €/Tag	200,00 €/Tag
Sitzungsgeld	100,00 € / h	100,00 € / h

Reisekosten

Die Reisekostenvergütung erfolgt unter Anwendung der landesrechtlichen Vorschriften (§ 2 Abs. 2 WiPrüfVO in der jeweils aktuell gültigen Fassung) der höchsten Besoldungsgruppe. Dies gilt ebenso für Fahrten von und zur Prüfungsstelle.

Die vorgenannten Entschädigungen sind durch die Anspruchsberechtigten spätestens bis zum 31.3. des Folgejahres in Rechnung zu stellen. Dabei ist der Umsatzsteuerstatus, Kleinunternehmereigenschaft gem. § 19 UStG bzw. Angabe der Umsatzsteuer-Nummer, mitzuteilen. Sofern eine Umsatzsteuerpflicht besteht, erhöhen sich die vorgenannten Entschädigungen um die gesetzliche Umsatzsteuer und sind durch die Anspruchsberechtigten gegenüber dem für Sie zuständigen Finanzamt zu erklären und abzuführen. Die Rechnungen sollten alle in § 14 Abs. 4 UStG aufgezählten Angaben enthalten.

Anlage 2 Besondere Vergleichsgruppen

1. Verdichtungsräume

In der Bezirksstelle	Verdichtungsräume
Aurich	Bildung einer gesonderten Vergleichsgruppe "Inselärzte" ¹
Braunschweig	Städte Braunschweig, Wolfsburg, Salzgitter
Göttingen	Stadt Göttingen
Hannover	Stadt Hannover
Hildesheim	Stadt Hildesheim
Oldenburg	Stadt Oldenburg
Osnabrück	Stadt Osnabrück
Wilhelmshaven	Bildung einer gesonderten Vergleichsgruppe "Inselärzte" ¹

2. Besondere Versorgungsaufträge

(Bildung gesonderter Vergleichsgruppen auf Landesebene)

- a) KVN – Anerkennung als diabetologische Schwerpunktpraxis nach den DSP-Verträgen der Primär und Ersatzkassen
- b) Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- c) KVN – Genehmigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Schmerztherapie).
- d) Allergologische Leistungen (nur durch Fachärzte HNO oder Dermatologie mit Zusatzweiterbildung Allergologie mit Abrechnung der Hyposensibilisierungsbehandlung,)
- e) Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit KVN – Genehmigung als onkologisch verantwortlicher Arzt (Gültig ab dem Verordnungsjahr 2019)

¹ Die Inselärzte der BZ Aurich und Wilhelmshaven bilden eine gemeinsame Vergleichsgruppe

Anlage 3

Zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfung (Stichprobenprüfung)

Prüfkriterien:

Die nachstehend aufgeführten Prüfkriterien dienen als Anhaltspunkte zur Bewertung

- (1) Ausgewertet werden können nach Verfügbarkeit insbesondere:
 - a) Häufigkeit abgerechneter GO-Ziffern je Behandlungsfall im Zusammenhang mit festzulegenden Diagnosen oder Diagnosegruppen bei einem Leistungserbringer der Stichprobe und ggf. bei dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe,
 - b) Zahl/Anteil von Abrechnungsfällen eines Leistungserbringers mit alleiniger Abrechnung der Ordinationsgebühr, Zahl/Anteil von Abrechnungsfällen eines Leistungserbringers mit alleiniger Abrechnung der Ordinationsgebühr über mehrere Quartale, Diagnosen bei den Versicherten mit alleiniger Abrechnung der Ordinationsgebühr,
 - c) Anzahl und Anteil der Behandlungsfälle, die quartalsüberschreitend abgerechnet werden, an den gesamten Behandlungsfällen eines Vertragsarztes,
 - d) Anteil der Behandlungsfallzahl mit veranlasster Krankenhaus-Einweisung (KH), Anteil der Kurzlieger an den veranlassten KH-Fällen, Diagnosen der Behandlungsfälle mit veranlasster KH-Einweisung, ambulante Behandlungsdokumentation der veranlassten Kurzliegerfälle, Anteil der Behandlungsfallzahl mit veranlasster Überweisung im vertragsärztlichen Bereich,
 - e) Anzahl und Anteil der Behandlungsfälle mit Arbeitsunfähigkeit (AU) an allen Behandlungsfällen, durchschnittliche AU - Dauer je Behandlungsfall,

- (2) Als weitere Kriterien können - insbesondere nach Verfügbarkeit aller Datengrundlagen nach § 297 Abs. 2 und 3 SGB V - hinzugezogen werden
 - a) die Vollständigkeit der Behandlungsdokumentation gemäß den Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes,
 - b) die angegebene Diagnose (-gruppe) in Bezug auf abgerechnete, erbrachte und veranlasste Leistungen sowie die Häufigkeit von Multimorbiditäten,
 - c) Spektrum und Häufigkeit der abgerechneten Leistungen, z. B.:
 - Gesprächs-, Beratungs- und Erörterungsleistungen,
 - medizinisch-technischen Leistungen (z.B. CT, MRT),
 - Leistungen, die außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten erbracht wurden,

z.B. Leistungen im organisierten Notfalldienst und Leistungen bei unvorhersehbarer Inanspruchnahme,

- Verhältnis von probatorischen Leistungen zu Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie,
- Verhältnis von Einzel- zu Gruppenbehandlungen,

d) behandlungs- und kostenintensive Fälle.

Anlage 4

Übersicht der gutgeschriebene Nachforderungsbeträge aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung

für das Quartal X/XX

(zur Erläuterung der im Formblatt 3 in der Kontenart 395, 396, 399 verrechneten

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
LANR	Name des Arztes	Sitz des Arztes	BSNR	Prüfart	Prüfzeit- raum	Prüfungs- einrichtung (Prüfungs- stelle oder BA)	Nachfor- derung (in €)	Nachford- erung (Punkte)	im Formblatt 3 für Q/JJJJ	Begründung bei Beträgen mit negativen Vorzeichen*

Nachforderungen)

Legende zu Spalte 11:

*1 = Ergebnis eines Gerichtsverfahrens (z.B. Gutschrift durch Aufhebung des Nachforderungsbescheides, Urteil oder Beschluss des Gerichts, gerichtlicher Vergleich)

*2 = Abtretung Forderungseinzug (Abtretung einer Forderung der KVN an die Krankenkassen mangels Honorarkonto des Arztes)

*3 = Insolvenz (Abtretung einer Forderung wegen Insolvenz des Arztes)

*4 = Korrekturbuchung (aufgrund eines vorhergehenden Buchungs-oder Übermittlungsfehlers der KVN)

*5 = sonstiger Grund

Als weitere Spalten 12 bis 14 sind folgende Daten vorgesehen:

- Abrechnungsquartal
- Kontenart
- Vorgangsnummer

Die Übermittlung soll in elektronischer Form (.txt oder .csv Format) erfolgen.

Anlage 5 – Bevollmächtigte(r) Dienstleister nach §§ 30 und 32 Abs. 7 und § 32 Abs. 6

Dienstleister gemäß § 30 Abs. 7 – Sonstiger Schaden und Richtlinienverstöße:

./.

Dienstleister gemäß § 32 Abs. 6 - Sprechstundenbedarf

Rezeptprüfstelle Duderstadt,
Adenauerring 25,
37115 Duderstadt.

Stand: 01.01.2017

Anlage 6 Muster Informationsschreiben

Abtretung einer Forderung gemäß § 10 Abs. 3 und 4 der Prüfvereinbarung i.V.m § 52 BMV-Ä

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Prüfungsstelle Niedersachsen / der Beschwerdeausschuss Niedersachsen hat auf Ihren Antrag mit Bescheid vom..... eine Nachforderung in Höhe von ...€ zu Lasten des/der oben bezeichneten Vertragsarztes/Vertragsärztin/Einrichtung festgesetzt.

Eine Aufrechnung der Schadenersatzforderung gegen Honorarforderungen durch die KVN ist nicht mehr möglich, da

- Herr / Frau Dr...../ die Gemeinschaftspraxis/ die Einrichtung seine/ihre vertragsärztliche Tätigkeit zum.....beendet hat.
- über das Vermögen des/der..... am.... ein Insolvenzverfahren unter dem AZ..... beim Amtsgericht.....eröffnet wurde.
- es zum.... zu einem grundlegendem Statuswechsel (Wechsel der Organisationsform von Einzel- in Gemeinschaftspraxis/Wechsel von Gemeinschafts- in Einzelpraxis) gekommen ist.

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen tritt daher gemäß § 52 Abs. 2 BMV-Ä / § 10 Abs. 3 und 4 der Prüfvereinbarung den oben genannten Erstattungsanspruch zur unmittelbaren Einziehung ab.

Die letzte uns bekannte Praxisanschrift der Vertragsärztin/des Vertragsarztes lautet:

Mit freundlichen Grüßen

Anlage 7 Beratungen

§ 1 Gegenstand und Ziel der Beratung

- (1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die KVN sind gem. § 106 Abs. 1 SGB V verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen zu überwachen.
- (2) Nach § 106 b Abs. 2 Satz 3, Halbsatz 1 SGB V ist bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen einer statistischen Prüfung eine individuelle Beratung festzusetzen und durchzuführen. Dies gilt für jeden Verordnungsbereich im Sinne des § 6 Abs. 4 dieser Vereinbarung gesondert.
- (3) Eine erstmalige Auffälligkeit bei statistischer Prüfung liegt vor, wenn bisher weder
 - eine individuelle Beratung nach § 106 b Abs. 2 Satz 3, Halbsatz 1 SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,
 - noch eine Nachforderung (Erstattung des Mehraufwandes im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) oder
 - eine Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist.
 - Eine erstmalige Auffälligkeit liegt auch vor, wenn eine individuelle Beratung oder eine Nachforderung nach § 106 SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) länger als fünf Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurückliegen.

§ 2 Inhalt der Beratung

- (1) Die Beratung im Arzneimittelbereich kann insbesondere beinhalten:
 - Beratung zu Verordnungsalternativen
 - Evidenz-basierter Einsatz von Arzneimitteln
 - Bewertung therapeutischer Alternativen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
 - Informationen zu Inhalt und Umsetzung der Arzneimittelrichtlinien
 - Informationen zu Arzneimittelwechselwirkungen
 - Polypragmasie und Mengenkontrolle
 - Altersspezifische Arzneimitteltherapie
 - Einsparungspotentiale durch Preisvergleich bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln
 - Vermeidung von Arzneimitteln mit kontrovers diskutierter Wirkung

- Vermeidung von patentgeschützten Arzneimitteln, die gegenüber eingeführten generisch verfügbaren Präparaten nur marginale therapeutische Vorteile aufweisen
- Auffälligkeiten aus dem Prüfbescheid sowie zu den im Prüfverfahren vorgebrachten Praxisbesonderheiten

(2) Die Beratung im Heilmittelbereich kann insbesondere beinhalten:

- Informationen zu Inhalt und Umsetzung der Heilmittel-Richtlinien
- Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind
- Art und Umfang der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
- Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosegruppe unter dem Gesichtspunkt des med. Erfordernisses des Einzelfalles innerhalb des Regelfalles
- Informationen zur Einhaltung behandlungsfreier Intervalle
- Informationen über die Notwendigkeit einer zwingend durchzuführenden störungsbildabhängigen Diagnostik innerhalb und außerhalb des Regelfalles
- Bewertung therapeutischer Alternativen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
- Einsparpotentiale durch Preisvergleich bei der Wahl des Heilmittels bei gleicher Diagnose/Indikation
- Abwägung einer Heilmittelverordnung unter Beachtung der Vorschriften der Heilmittel-Richtlinie sowie deren Anlagen
- Beurteilung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung
- Auffälligkeiten aus dem Prüfbescheid sowie zu den im Prüfverfahren vorgebrachten Praxisbesonderheiten

§ 3 Durchführung der Beratung

- (1) In den Bescheiden der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses wird auf die Beratung als Rechtsfolge hingewiesen. Der Arzt wird darauf hingewiesen, dass er auf die Beratung verzichten kann. Diesen Verzicht muss er schriftlich gegenüber der Prüfungsstelle erklären.
- (2) Die Beratungen erfolgen durch individuelle Beratungsschreiben, welche durch Mitarbeiter der Prüfungsstelle erstellt werden. Die Beratungsschreiben erfolgen auf Grundlage der bei der Prüfungsstelle vorhandenen Daten der zum Beratungszeitpunkt vorliegenden aktuellsten Lieferung oder anderen verfügbaren Datenquellen (GAmSi und GKV-HIS). Dabei ist der Datenschutz zu beachten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die KVN stellen jeweils einen Vertreter, die im Bedarfsfall gemeinsam die Prüfungsstelle bei der Erstellung der Beratungsschreiben inhaltlich unterstützen. Die Prüfungsstelle stellt die Beratungsschreiben förmlich zu.
- (3) Die Beratung erfolgt in einem gesonderten Schriftsatz, welcher die im Bescheid getroffenen Feststellungen thematisch aufgreift und Behandlungs- bzw. Verordnungsalternativen aufzeigt und dadurch helfen soll, eine zukünftige Nachforderung zu vermeiden.
- (4) Die individuelle Beratung erfolgt frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides und soll spätestens sechs Monate nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides durchgeführt werden. Ein Widerspruch gegen den Beratungsbescheid entfaltet gemäß § 106c Abs. 3 Satz 2 SGB V aufschiebende Wirkung.
- (5) Jeder betroffene Arzt hat die Möglichkeit, sich zusätzlich zu der schriftlichen Beratung auch persönlich beraten zu lassen. Absatz 4 Satz 2 bleibt davon unberührt. Sofern der Arzt eine persönliche Beratung wünscht, muss er dies innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Beratungsschreibens gegenüber der Prüfungsstelle schriftlich anzeigen. Auf diese Möglichkeit wird der Arzt im Rahmen der schriftlichen Beratung hingewiesen.
- (6) Die Prüfungsstelle trifft die Entscheidungen über Anträge nach § 5 Abs. 4 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V (Praxisbesonderheiten und besondere Versorgungsbedarfe). Erfolgt die Beratung schriftlich, kann der Vertragsarzt die Anträge schriftlich bis max. 6 Monate nach Bestandskraft des Bescheides bei der Prüfungsstelle einreichen.
- (7) Nimmt ein Arzt die persönliche Beratung in Anspruch, wird diese folgendermaßen durchgeführt:
 - a) Die Beratung erfolgt nach Terminvergabe durch die Prüfungsstelle in den Räumen der ARWINI, Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover. Bei der Terminplanung ist darauf zu achten, dass soweit möglich mehrere Ärzte am selben Tag beraten werden.
 - b) Die Beratungen werden durch die Prüfungsstelle durchgeführt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die KVN stellen jeweils einen Vertreter, welche die Prüfungsstelle bei der Durchführung der Beratungen in medizinisch/pharmakologischen Fragestellungen unterstützen.
 - c) Die Beratungen erfolgen auf Grundlage der bei der Prüfungsstelle vorhandenen Daten nach Abs. 2.

- d) Die für die Beratung erforderlichen Daten werden von der Prüfungsstelle Niedersachsen im Vorfeld des Termins aufbereitet. Ein Mitarbeiter der Prüfungsstelle Niedersachsen moderiert das Gespräch und fertigt ein Protokoll. Ein Exemplar des Protokolls erhalten jeweils der betroffene Arzt sowie die Vertragspartner.
- e) Die KVN und die Landesverbände der Krankenkassen tragen die Kosten ihres jeweils entsandten Mitarbeiters selbst.
- f) Soweit der Prüfungsstelle Niedersachsen aufgrund der Durchführung der Beratungen Kosten entstehen, welche über Buchstabe e) hinausgehen, werden diese über den Haushalt der ARWINI abgewickelt.

Anlage 8

Musterschreiben Insolvenzverwalter

Sehr geehrter Herr .../sehr geehrte Frau ...

durch Beschluss des Amtsgerichts vom ..., AZ ... sind Sie zum Insolvenzverwalter über das Vermögen des Herrn Dr. .../ der Frau Dr. ... bestellt worden.

Gegen den Schuldner / die Schuldnerin ist / sind bei der Prüfungsstelle Niedersachsen / dem Beschwerdeausschuss Niedersachsen (ein) Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung anhängig, in denen von Amts wegen oder aufgrund eines konkreten Prüfantrags einer Krankenkasse oder der KVN folgende vorläufige Schadensersatzforderungen angemeldet werden:

Antrag der ... vom ... Forderung in Höhe von ... €, AZ ...

Durchschnittswertprüfung/Richtgrößenprüfung Arzneimittel/ Heilmittel für das Jahr ..., potentieller Nachforderungsbetrag ... €, AZ ...

Honorardurchschnittsprüfung Quartale ... , potentieller Nachforderungsbetrag ...

Das Insolvenzverfahren hat Auswirkungen auf das Prüfverfahren, da die Vorschriften der Insolvenzordnung (InsO) zu beachten sind.

Gleichwohl ist es notwendig, die Prüfung der Wirtschaftlichkeit auch bei Eröffnung eines Insolvenzverfahren fortzuführen, da erst nach Anhörung des Vertragsarztes / der Vertragsärztin von Prüfungsstelle oder Beschwerdeausschuss bewertet werden kann, ob eine Nachforderung gegenüber dem Schuldner/der Schuldnerin tatsächlich berechtigt ist. Eine Erstattungspflicht besteht nur, soweit keine Praxisbesonderheiten bestehen oder der Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit der Versorgung vom Vertragsarzt nicht widerlegt werden kann.

Gegen eine von der Prüfungsstelle festgesetzte Nachforderung kann Widerspruch erhoben werden. Das Widerspruchsverfahren findet vor dem Beschwerdeausschuss Niedersachsen statt. Nach erfolgter Prüfung bedarf eine verbleibende Erstattungspflicht der abschließenden Feststellung der Höhe eines Nachforderungsbetrages durch die Prüfungsgremien. Diese kann von der zur Tabelle angemeldeten (potentiellen) Nachforderung abweichen.

Hilfe bei der Stellungnahme bietet die Kassenärztliche Vereinigung an. Eine fehlende Stellungnahme des Schuldners/der Schuldnerin kann dazu führen, dass zu Unrecht eine Forderung festgesetzt wird. Daher ist das Verwaltungsverfahren bei der Prüfungsstelle/dem Beschwerdeausschuss auch im Fall einer Insolvenz zwingend fortzuführen.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage: Vollmachten

Forderungsanmeldung im Insolvenzverfahren

Anmeldungen sind stets nur an den Insolvenzverwalter (Treuhandler, Sachwalter) zu senden, nicht an das Gericht.

Bitte beachten Sie auch das gerichtliche Merkblatt zur Forderungsanmeldung.

Schuldner	
Insolvenzgericht: Amtsgericht:	Aktenzeichen
Gläubiger Genaue Bezeichnung des Gläubigers mit Postanschrift, bei Gesellschaften mit Angabe der gesetzlichen Vertreter	Gläubigervertreter Die Beauftragung eines Rechtsanwalts ist freigestellt. Die Vollmacht muss sich ausdrücklich auf Insolvenzsachen erstrecken. <input type="checkbox"/> Vollmacht anbei bzw. folgt umgehend
Bankverbindung	
Geschäftszeichen	Geschäftszeichen

Angemeldete Forderungen

Jede selbständige Forderung ist getrennt anzugeben. Reicht der Raum auf diesem Formular nicht aus, so sind die weiteren Forderungen in einer Anlage nach dem folgenden Schema aufzuschlüsseln.

Erste Hauptforderung im Rang des § 38 InsO (notfalls geschätzt)	€
Zinsen , höchstens bis zum Tag vor der Eröffnung des Verfahrens	€
<input type="checkbox"/> Prozentpunkten über Basiszinssatz aus _____ € seit dem _____	
<input type="checkbox"/> % aus _____ € seit dem _____	
Kosten , die aus der Eröffnung des Verfahrens entstanden sind	€
Summe	0,00 €

Zweite Hauptforderung im Rang des § 38 InsO (notfalls geschätzt)	€
Zinsen , höchstens bis zum Tag vor der Eröffnung des Verfahrens	€
<input type="checkbox"/> Prozentpunkten über Basiszinssatz aus _____ € seit dem _____	
<input type="checkbox"/> % aus _____ € seit dem _____	
Kosten , die aus der Eröffnung des Verfahrens entstanden sind	€
Summe	0,00 €

Nachrangige Förderungen (§ 39 InsO)

Anlage 9

Praxisbesonderheiten

1. Berücksichtigung verordneter Arzneimittel als Praxisbesonderheit bei statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Als regionale Praxisbesonderheiten im Rahmen von statistischen Vergleichsprüfungen sind die nachfolgenden Wirkstoffe bzw. Arzneimittel vor Einleitung eines Prüfverfahrens zu berücksichtigen und damit nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b Abs. 1 SGB V. Für Praxisbesonderheiten gilt ebenfalls das Wirtschaftlichkeitsgebot: die jeweils strenge Indikation ist zu beachten, preiswerte Alternativen sind zu bevorzugen.

1. Immunsuppressiva nach Organtransplantationen
2. Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
3. Therapie mit Virustatika bei behandlungsbedürftigen HIV-Infektionen
4. orale und parenterale Chemotherapie (auch als Rezepturzubereitung) bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, monoklonalen Antikörper und Zytokine bzw. Interferone
5. Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger nach Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen
6. Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6. Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden. Der Therapiehinweis des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist zu beachten. (Entsprechende Fälle sind arztseitig über die GONr. 91904 in der Abrechnung zu kennzeichnen.)
7. Behandlung mit Arzneimitteln zur intravitrealen Injektion
8. Behandlung mit Arzneimitteln gegen Hepatitis C
9. Arzneimittel zur Therapie lysosomaler Speicherkrankheiten
10. Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose

2. Berücksichtigung bestimmter Heilmitteltherapien als Praxisbesonderheit bei statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Als regionale Praxisbesonderheiten im Rahmen von statistischen Vergleichsprüfungen sind die nachfolgenden Heilmittel vor Einleitung eines Prüfverfahrens zu berücksichtigen und damit nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b Abs. 1 SGB V. Für

Praxisbesonderheiten gilt ebenfalls das Wirtschaftlichkeitsgebot: die jeweils strenge Indikation ist zu beachten, preiswerte Alternativen sind zu bevorzugen.

1. Krankengymnastik im Rahmen der Heilmittelrichtlinien für die ersten 3 Monate nach chirurgischen/orthopädischen Eingriffen. (Entsprechende Fälle sind arztseitig über die GOP 91903 in der Abrechnung zu kennzeichnen.)
2. Unabhängig von der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gemäß § 12 der Prüfvereinbarung gelten die Vorgaben der Heilmittelrichtlinie zur Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V in der jeweils geltenden Fassung.
3. Heilmittelverordnungen nach Maßgabe von Ziffer 8.2 in Pflegegutachten nach dem SGB XI durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), sofern die Therapieempfehlung des MDK von der medizinischen Beurteilung des verordnenden Arztes abweicht. Entsprechende Fälle sind arztseitig über die GOP 91905 in der Abrechnung zu kennzeichnen und eine Kopie der entsprechenden Passage aus dem Gutachten zu der Patientenakte zu nehmen. Im Rahmen eines Prüfverfahrens sind diese Nachweise der Prüfungsstelle vorzulegen.

Anlage 10 - Regelungen zu Verfahren nach § 33 – Datenlieferung und Kosten der Verfahren

1. Datenlieferungen

Die Krankenkassen oder Verbände der Krankenkassen stellen der Prüfungsstelle die für die Prüfung notwendigen Daten und Statistiken zur Verfügung, soweit diese nicht aufgrund der Regelungen dieser Prüfvereinbarung bereits vorliegen.

2. Kosten

Die Prüfungsstelle kalkuliert jährlich im Rahmen der Haushaltsplanung den durchschnittlichen Kostenaufwand je Prüfverfahren. Dieser Betrag ist Grundlage für die Festsetzung des Kostensatzes. Die Vertragspartner setzen diesen Kostensatz in Rahmen der Mitgliederversammlung der „Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Niedersachsen e.V.“ fest.

Der Kostensatz beträgt ab 01.01.2019 – 200,00 €.

3. Kostentragung

Die Regelungen zur Kostentragung ergeben sich aus § 2 Abs. 7 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V. Der Kostensatz wird durch den Antragsteller getragen, es sei denn, die Vereinbarungen mit den weiteren Einrichtungen und Leistungsträgern sehen etwas anderes vor.