

VEREINBARUNG

zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit
in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 106 SGB V

ab dem Jahr 2008

(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
 - dem IKK-Landesverband Nord,
- Vertretung Niedersachsen
Günther-Wagner-Allee 23, 30177 Hannover
- dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen,
Siebstraße 4, 30171 Hannover
- der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen,
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 36 KVLG 1989)
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
 - der Knappschaft
Siemensstraße 7, 30173 Hannover
- dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesvertretung Niedersachsen,
An der Börse 1, 30159 Hannover
- dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Landesvertretung Niedersachsen,
An der Börse 1, 30159 Hannover

im Folgenden: Verbände der Krankenkassen

andererseits

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Anlagenverzeichnis	3
1. Abschnitt Prüfungseinrichtungen.....	4
§ 1 Errichtung der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses	4
§ 2 Prüfungsstelle	4
§ 3 Beratungskommission.....	7
§ 4 Beschwerdeausschuss	8
§ 5 Beteiligte	9
§ 6 Verfahren vor der Prüfungsstelle	10
§ 7 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss.....	12
§ 8 Ergebnis des Prüfverfahrens.....	13
§ 9 Aufgaben des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses	14
§ 10 Aufgaben der KVN	15
§ 11 Rechnerische und sachliche Beanstandungen	15
§ 12 Praxisbesonderheiten / Kompensatorische Einsparungen	16
2. Abschnitt Richtgrößenprüfung.....	17
§ 13 Allgemeines.....	17
§ 14 Durchführung der Richtgrößenprüfung	19
§ 15 Verfahren bei der Überschreitung von Richtgrößen.....	20
3. Abschnitt Zufälligkeitsprüfung zur Durchführung der Stichprobenprüfung.....	21
§ 16 Einleitung des Prüfverfahrens	21
§ 17 Statistiken zur Stichprobenprüfung	23
§ 18 Ergebnis der Stichprobenprüfung	23
4. Abschnitt Prüfung nach Durchschnittswerten.....	23
a) Prüfung ärztlicher Behandlungsweise.....	23
§ 19 Prüfanträge zur Überwachung der ärztlichen Leistungen	23
§ 20 Statistiken zur Überwachung der ärztlichen Behandlungsweise.....	24
§ 21 Bildung der Vergleichsgruppen.....	25
§ 22 Bildung der Fallwerte	26
§ 23 Fallwertvergleich	26
§ 24 Unwirtschaftlicher Mehraufwand	27
b) Prüfung ärztlich verordneter Leistungen	28
§ 25 Prüfanträge zur Überwachung ärztlich verordneter Leistungen.....	28
§ 26 Statistiken zur Überwachung ärztlich verordneter Leistungen	28
§ 27 Bildung der Vergleichsgruppen.....	29
§ 28 Bildung der Fallwerte	30
§ 29 Fallwertvergleich	30
§ 30 Sprechstundenbedarf.....	31

§ 31 Unwirtschaftlicher Mehraufwand	31
5. Abschnitt Prüfung auf sonstigen Schaden	32
§ 32 Sonstiger Schaden	32
§ 33 Sonstige Prüfanträge	33
6. Abschnitt Widerspruchsverfahren / Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss	33
§ 34 Widerspruchsverfahren	33
7. Abschnitt Kosten	34
§ 35 Kostenregelungen	34
8. Abschnitt Schlussbestimmungen und Übergangsregelungen	34
§ 36 Übergangsregelung	34
§ 37 Salvatorische Klausel	35
§ 38 Inkrafttreten und Kündigung	35

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Entschädigungsregelung	37
Anlage 2 Datensatzbeschreibung für den Im-/Export der AM-Einzelverordnungsdaten zur Richtgrößen-Vereinbarung	38
Anlage 3 Datensatzbeschreibung für den Im-/Export der HM-Einzelverordnungsdaten zur Richtgrößen-Vereinbarung	40
Anlage 4 Richtgrößenregressberechnung	42
Anlage 5 Verdichtungsräume	44
Anlage 6 Gewichteter Gesamtwert	45
Anlage 7 Zur Durchführung der Zufälligkeitprüfung (Stichprobenprüfung)	46
Anlage 8 Übersicht der gutgeschriebene Regressbeträge aus Richtgrößenprüfungen und anderen GKV-weiten Prüfarten	48

1. Abschnitt Prüfungseinrichtungen

§ 1

Errichtung der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses

- (1) Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen (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 § 106 Abs. 4a 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 § 78 a 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 prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 106 SGB V. 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 den Spitzenverbänden der Krankenkasse maßgebend.
- (6) 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 Festsetzung von Maßnahmen sowie die Erstellung von Bescheiden,
 - d) die Führung der Prüfsakte,
 - e) die Führung eines laufenden Verzeichnisses über die eröffneten Verfahren, den Verfahrensstand, Widersprüche, Klageverfahren und Prüfergebnisse, das den Vertragspartnern in elektronischer Form monatlich aktualisiert zu übersenden ist,
 - f) die Erstellung einer quartalsweisen Übersicht der rechtskräftigen Beschlüsse gemäß Absätzen 8 und 9 für die Vertragspartner,
 - g) 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,

- h) die Einnahmen- und Ausgabenübersicht und den Rechenschaftsbericht vorzubereiten,
 - i) die jährliche Berichterstattung an die Vertragspartner über die Anzahl der eröffneten und abgeschlossenen Verfahren sowie der dort festgestellten Ergebnisse. 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,
 - j) 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,
 - k) 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.
- (7) 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 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 versenden,
 - e) für jedes Kalenderjahr einen Bericht über die Anzahl der eröffneten und abgeschlossenen Beratungen, Prüfungen sowie der festgesetzten Maßnahmen zu erstellen. Dieser Bericht ist gemäß § 106 Abs. 7 S. 2 und 3 SGB V der Aufsichtsbehörde sowie den Vertragspartnern vorzulegen.
- (8) Zur Honorarverrechnung werden an die KVN durch die Prüfungsstelle unverzüglich nach Bestandskraft von Honorarkürzungsbescheiden - spätestens aber nach Zustellung des Beschlusses des Beschwerdeausschusses - gemäß den Entscheidungen der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses, der Prüfungszeitraum, die

Prüfungsart, die Abrechnungsnummer und den Namen des Vertragsarztes, der Kürzungsbetrag, getrennt nach budgetierter und nichtbudgetierter Gesamtvergütung unter Ausweis der einzelnen Leistungen mitgeteilt (gilt für Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten und ggf. Stichprobenprüfung).

- (9) Unverzüglich nach Bestandskraft von Regressbescheiden - spätestens aber nach Zustellung des Beschlusses des Beschwerdeausschusses - informiert die Prüfungsstelle die betroffenen Krankenkassen und die KVN über die durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss getroffenen Entscheidungen. Diese Mitteilung enthält den Prüfungszeitraum, die Prüfungsart, die Abrechnungsnummer und den Namen des Vertragsarztes sowie die Regresssumme.
- (10) 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.
- (11) Für ihre Aufgaben nach § 106 Abs. 4a SGB V bedient sich die Prüfungsstelle bereits bestehender Einrichtungen zur Datenverarbeitung.

§ 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 Ausarbeitung der Vorabzugslisten zur Vorbereitung der Richtgrößenprüfung oder für die Erarbeitung von Empfehlungen für die Behandlung von Fragestellungen mit grundsätzlicher Bedeutung.

§ 4

Beschwerdeausschuss

- (1) Der Beschwerdeausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und jeweils drei Vertretern der Krankenkassen/Verbände sowie der KVN.
- (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 Stimmgleichheit 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. Sie endet erstmals am 31.12.2009. 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 Prüfsachen einzusehen.
- (12) Was in dieser Vereinbarung für Mitglieder bestimmt ist, gilt entsprechend für deren Stellvertreter.
- (13) Der Beschwerdeausschuss beschließt eine Geschäftsordnung auf Vorschlag der Vertragspartner 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 und Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 SGB V) im Folgenden „Vertragsarzt“ genannt,
 - b) die KVN,
 - c) die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen,
 - d) für Prüfungen nach dem 5. 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 Ordnungsweise 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 nach Vorschlag durch die Vertragspartner zur Organisation und Zuständigkeit sowie zur weiteren Geschäftsverteilung. Die Geschäftsordnung ist der Aufsichtsbehörde und den Vertragspartnern vorzulegen,
 - e) über Maßnahmen nach Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina (§ 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V),
 - f) über Maßnahmen nach arztbezogener Stichprobenprüfung (§ 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V),

- g) über Maßnahmen nach Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten (§ 106 Abs. 2 S. 4 SGB V),
 - h) über Maßnahmen nach Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise des Sprechstundenbedarfs nach Durchschnittswerten,
 - i) über Maßnahmen nach Prüfung Sonstiger Schäden, wie z. B. Verstöße gegen Richtlinien des Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V über die Versorgung von Arznei, Heil- und Hilfsmitteln.
- (2) Die Entscheidungen der Prüfungsstelle werden den Beteiligten gemäß § 5 mit 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 Regressen nachvollziehbar sind. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Prüfungsstelle zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Das gilt besonders für die Anerkennung oder Nichtanerkennung von Praxisbesonderheiten und/oder kompensationsfähigen Einsparungen. Soweit die Prüfungsstelle nach ihrem Ermessen zu entscheiden hat, wie insbesondere:
- a) bei der Schätzung des Ausmaßes von Praxisbesonderheiten,
 - b) bei der Schätzung des Ausmaßes von kompensationsfähigen Einsparungen,
 - c) bei der Entscheidung im Rahmen der Stichprobenprüfung oder Prüfung nach Durchschnittswerten, ob eine Kürzung oder ein Regress ausgesprochen werden soll, wobei die Prüfungsstelle zunächst feststellen muss, ob der Vertragsarzt in der Vergangenheit schon zum gleichen Prüfgegenstand beraten worden ist, wie lange diese Beratung zurückliegt und wie sie sich auf die folgenden Ordnungs-/Abrechnungszeiträume ausgewirkt hat,
 - d) im Rahmen der Stichprobenprüfung oder Prüfung nach Durchschnittswerten welche Höhe die Kürzung oder der Regress haben soll, wobei die Prüfungsstelle festzustellen hat, ob sich eine vorherige Beratung nicht oder nicht dauerhaft ausgewirkt hat. Die Prüfungsstelle kann eine erneute Beratung insbesondere dann beschließen, wenn die vorangehende Beratung mehr als acht Quartale vor dem Prüfquartal liegt,
- muss die Begründung die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen die Prüfungsstelle bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist.

- (4) Die Bescheide und die dazugehörigen Verwaltungsvorgänge werden von der Prüfungsstelle mindestens fünf Jahre nach Abschluss des Verfahrens aufbewahrt.

§ 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 und Gutachter 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 zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen, vom Vorsitzenden zu unterzeichnen und den Verfahrensbeteiligten 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 Regressen nachvollziehbar sind. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die den Beschwerdeausschuss zu seiner Entscheidung bewogen haben. Das gilt besonders für die Anerkennung oder Nichtanerkennung von Praxisbesonderheiten und/oder kompensationsfähigen Einsparungen. Soweit der Beschwerdeausschuss nach seinem Ermessen zu entscheiden hat, wie insbesondere:
- a) bei der Schätzung des Ausmaßes von Praxisbesonderheiten,
 - b) bei der Schätzung des Ausmaßes von kompensationsfähigen Einsparungen,
 - c) bei der Entscheidung im Rahmen der Stichprobenprüfung oder Prüfung nach Durchschnittswerten, ob eine Kürzung oder ein Regress ausgesprochen werden soll, wobei der Beschwerdeausschuss zunächst feststellen muss, ob der Vertragsarzt in der Vergangenheit schon zum gleichen Prüfgegenstand beraten worden ist, wie

lange diese Beratung zurückliegt und wie sie sich auf die folgenden Verordnungs-/Abrechnungszeiträume ausgewirkt hat,

- d) im Rahmen der Stichprobenprüfung oder Prüfung nach Durchschnittswerten welche Höhe die Kürzung oder der Regress haben soll, wobei der Beschwerdeausschuss festzustellen hat, ob sich eine vorherige Beratung nicht oder nicht dauerhaft ausgewirkt hat. Der Beschwerdeausschuss kann eine erneute Beratung insbesondere dann beschließen, wenn die vorangehende Beratung mehr als acht Quartale vor dem Prüfquartal liegt,

muss die Begründung die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen der Beschwerdeausschuss bei der Ausübung seines Ermessens ausgegangen ist.

- (7) 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 zu unterzeichnen. Das Protokoll erhalten die Mitglieder des Beschwerdeausschusses, die KVN und die Verbände.

§ 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 ein Regress festzusetzen ist,
 - d) ob durch das Vorliegen von Prüfverfahren zum gleichen Prüfzeitraum eine Prüfmaßnahme überhaupt möglich ist.
- (2) Beschließt die Prüfungseinrichtung in erforderlichen Fällen eine Beratung der Ärzte über die Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung, erfolgt dies nach Maßgabe des § 106 Abs. 1a 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. Im Rahmen des Bescheides wird dem Betroffenen darüber hinaus die Möglichkeit eingeräumt, bei weiter gehendem Beratungsbedarf in Zusammenhang mit der Frage der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- bzw. Verordnungsweise eine persönliche Beratung bei der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen wahrzunehmen. Erfolgt auf Grundlage dieses Angebotes eine persönliche Beratung bei der Kassenärztlichen Vereinigung entrichtet die Prüfungsstelle 75,00 Euro an die jeweils beratende Institution (siehe auch § 36 Abs. 3). Über den Zeitpunkt und den Inhalt der Beratung ist ein Protokoll zu fertigen.

- (3) Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss setzt die Höhe der Kürzung oder des Regresses fest. 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. den Regressbetrag in den Verfahren nach § 6 Abs. 1 Buchstabe e) bis h) auf die an der Abrechnung des Vertragsarztes beteiligten Krankenkassen nach Behandlungsfallzahlen des Prüfzeitraums. In den Verfahren nach § 6 Abs. 1 Buchstabe i) wird der festgesetzte Betrag der jeweils antragstellenden Krankenkasse gutgeschrieben. Die Krankenkassen werden über die Kürzungen bzw. Beträge (Name des Vertragsarztes, Prüfzeitraum, Prüffart und dazugehöriger Betrag) informiert.

- (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 der Richtgrößenprüfung und anderen GKV-übergreifenden Prüffarten gemäß Anlage 8 zu informieren.

§ 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

Praxisbesonderheiten / Kompensatorische Einsparungen

- (1) Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche für die Vergleichs- bzw. Fachgruppe von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungskosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert. Wird eine Praxisbesonderheit mit besonderen Kenntnissen oder Erfahrungen 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.
- (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, soweit sie sonst bekannt sind oder soweit sie vom überprüften Vertragsarzt konkret und nachvollziehbar geltend gemacht werden.

2. Abschnitt Richtgrößenprüfung

§ 13

Allgemeines

- (1) Gemäß § 106 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ist die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen arztbezogen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V als Auffälligkeitsprüfung durchzuführen. Grundlage ist die Richtgrößenvereinbarung gemäß § 84 Abs. 6 SGB V in der jeweils maßgebenden Fassung.
- (2) In der Regel soll die Richtgrößenprüfung für nicht mehr als 5 von Hundert der Vertragsärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden. Sollte die gemäß der Richtgrößenvereinbarung ermittelte Gesamtzahl der Überschreiter einer Fachgruppe die Grenze nach Satz 1 übersteigen, wird eine Begrenzung der durchzuführenden Richtgrößenprüfungen 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) Ärzte, die in den letzten drei Prüfjahren in der Richtgrößenprüfung waren, denen gegenüber aber kein Regress ausgesprochen worden ist, werden nicht berücksichtigt.
 - b) Der Prüfungsstelle bekannte Praxisbesonderheiten, die sich aus Anlage 3.1 und Anlage 3.2 der Richtgrößen-Vereinbarung für das jeweilige Prüfjahr ergeben und Praxisbesonderheiten, die für den jeweiligen Arzt aus den Vorjahren bekannt sind und voraussichtlich weiterhin bestehen, sowie Abzugsbeträge nach § 15 Abs. 4 dieser Vereinbarung, werden vom Überschreibungsbetrag abgezogen und erneut festgestellt, ob sich eine weitere relevante Überschreitung der Richtgrößenvolumina ergibt.
 - c) Weitere Kriterien für die Ermittlung von Abzugsbeträgen auf die Richtgrößenüberschreibungsbeträge können auf Anregung einer der Vertragspartner oder der Prüfungsstelle in einer Beratungskommission gemäß § 3 beschlossen werden.
 - d) Die weitere Auswahl erfolgt der Höhe nach absteigend nach den absoluten Richtgrößenüberschreibungsbeträgen.
- (3) Im Rahmen der Vorabprüfung gemäß Abs. 2 sind folgende Unterlagen heranzuziehen:
- a) die Prüffakten,
 - b) Nachweise von Praxisbesonderheiten aus bereits durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
 - c) sowie durch die Vertragspartner zur Verfügung gestellte besondere Statistiken, die in der jeweiligen Richtgrößen-Vereinbarung vereinbart wurden.
 - d) protokollierte Beschlüsse einer Beratungskommission nach § 3.
- (4) Die Durchführung der Arbeiten nach Abs. 3 ist durch die Prüfungsstelle zu dokumentieren.
- (5) Für Vertragsärzte, die in eine Richtgrößenprüfung gelangen, kann für denselben Zeitraum keine Prüfung nach dem vierten Abschnitt Buchstabe b) durchgeführt werden.

§ 14

Durchführung der Richtgrößenprüfung

- (1) Die Richtgrößenprüfung ist getrennt nach Arznei-/ Verbandmitteln und nach Heilmitteln durchzuführen. Sie ist grundsätzlich eine Jahresprüfung. In Ausnahmefällen kann eine Quartalsprüfung durchgeführt werden, wenn dies die Wirksamkeit der Prüfung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erhöht und hierdurch das Prüfverfahren vereinfacht wird.
- (2) Die Festsetzung eines Regresses aufgrund der Überschreitung der Richtgröße hat innerhalb von zwei Jahren nach Ende des geprüften Ordnungszeitraumes zu erfolgen.
- (3) Die Vertragspartner stellen für die Richtgrößenprüfung folgende Daten arztbezogen zur Verfügung:
 - a) Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen,
 - b) Fallzahl nach Definition der jeweiligen Richtgrößen-Vereinbarung,
 - c) die ermittelten Richtgrößensummen und
 - d) die veranlassten Ausgaben mit zusätzlichem Ausweis von vereinbarten Praxisbesonderheiten, soweit dies datentechnisch unterstützt wird.

Aus den zur Verfügung gestellten Daten werden für jeden Vertragsarzt die Richtgrößenunterschreitungen bzw. -überschreitungen sowie ggf. Regressbeträge ermittelt (s. Anlage 4).
- (4) Bei der Bildung der Jahresrichtgrößensummen werden die quartalsweise ermittelten Fallzahlen mit den Richtgrößen für die jeweilige quartalsweise zugehörige Fachgruppe des Vertragsarztes als gewichtete Richtgrößensumme multipliziert. Auch ein Wechsel der Praxisform (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft oder die Tätigkeit in einem medizinischen Versorgungszentrum) kann zu einer gewichteten Richtgrößensumme führen.
- (5) Die besonderen Ordnungsverhältnisse des Vertragsarztes sind im Rahmen der Richtgrößenprüfungen zu berücksichtigen. Indikationsgebiete, in denen im Hinblick auf Arzneimittel regelmäßig von Praxisbesonderheiten ausgegangen werden kann, sind in der jeweiligen Anlage 3 der Richtgrößen-Vereinbarung festgelegt.

§ 15

Verfahren bei der Überschreitung von Richtgrößen

- (1) Wird für einen Vertragsarzt eine Überschreitung der Richtgrößen gemäß der Interventionsgrenzen festgestellt, die nicht durch bereits bekannte Praxisbesonderheiten im Rahmen der Vorabprüfung erklärbar ist, wird dem Vertragsarzt Gelegenheit gegeben, innerhalb eines Monats die Höhe der von ihm veranlassten Ausgaben zu begründen.
- (2) Besteht nach Berücksichtigung der vom Vertragsarzt mitgeteilten und durch die Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss anerkannten Begründungen/Praxisbesonderheiten weiterhin eine Überschreitung der Richtgrößen über 15 vom Hundert, entscheidet die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen, in welcher Art und Weise die Beratung für den Vertragsarzt zu gestalten ist.
- (3) Besteht nach Abzug aufgrund der vom Vertragsarzt mitgeteilten und durch die Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss anerkannten Begründungen/Praxisbesonderheiten weiterhin eine Überschreitung der Richtgrößen über 25 vom Hundert, sind von allen am Prüfverfahren beteiligten Krankenkassen, für deren Versicherte der Vertragsarzt Leistungen verordnet hat, alle Arzneimittel-Einzelverordnungsdaten gemäß Anlage 2 sowie alle Heilmittel-Einzelverordnungsdaten gemäß Anlage 3 zu liefern. Ausnahmen von dieser Lieferungsregel sind gegebenenfalls in der jährlich abzuschließenden Richtgrößen-Vereinbarung festzulegen. Aus allen gelieferten Arznei-, Verband- und Heilmitteldaten wird für den Vertragsarzt eine zusammengefasste Einzelverordnungsstatistik auf Basis der durch die Einzelverbände zusammengefasst gelieferten Daten erstellt.
- (4) Verordnungen im Rahmen von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V, denen der Vertragsarzt beigetreten ist, sind nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung. Die Krankenkassen bereinigen die zu liefernden Verordnungsdaten entsprechend. Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V aufgrund von Verträgen, denen der Arzt nicht beitreten kann, sind als pauschalisierte Beträge vom Netto Regressbetrag abzuziehen. Die jeweilige Höhe des pauschalen Abzugsbetrages ist einmal jährlich von der Prüfungsstelle für das jeweilige Prüfjahr verbindlich festzulegen. Hierzu teilen die Kassen oder ihre Verbände auf Anforderung der Prüfungsstelle für alle kassenseitig geschlossenen Rabattvereinbarungen mit den einzelnen Herstellern den insgesamt erhaltenen Rabattbetrag pro Prüfjahr mit.

- (5) Bei der Beurteilung der vom Vertragsarzt vorgebrachten Begründungen/Praxisbesonderheiten gemäß § 14 über die Höhe der von ihm veranlassten Ausgaben ist den besonderen Versorgungsverhältnissen der Praxis, die mit einem erhöhten Versorgungsaufwand verbunden sind und die nicht mit den Regelungen nach § 14 berücksichtigt wurden, angemessen Rechnung zu tragen.
- (6) Zur Feststellung der Ausgleichsverpflichtung sind zunächst die von der Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss als Praxisbesonderheiten anerkannten Verordnungskosten als Minderausgaben zu berücksichtigen. Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss legt die insgesamt anzuerkennenden Praxisbesonderheiten der Höhe nach fest. Der danach das Prüfungsvolumen (Richtgrößenvolumen plus 25 vom Hundert) übersteigende Aufwand ist als Regressbetrag festzusetzen. Die einzelnen Berechnungsschritte ergeben sich aus Anlage 4.
- (7) Macht der Vertragsarzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und überprüft die Richtigkeit der Daten auf Grundlage einer Stichprobe aller im Prüfzeitraum ausgestellten und abgerechneten Verordnungen. Die zur Stichprobe herangezogenen Verordnungsblätter sind als Imagekopien bzw. CD-Images von den Krankenkassen zu liefern.

3. Abschnitt

Zufälligkeitsprüfung zur Durchführung der Stichprobenprüfung

§ 16

Einleitung des Prüfverfahrens

- (1) Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage von Stichproben gem. § 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 i.V. mit Abs. 2a SGB V.
- (2) Die Stichprobe umfasst mindestens 2 v. H. der im zu prüfenden Quartal bei der KVN abrechnenden Vertragsärzte gemäß § 4 Abs. 1 Buchst. a).
- (3) Der einer Stichprobenprüfung nach § 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V 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 Wirtschaftlichkeitsprüfungen bereits eingeleitet wurden.

Für alle nachfolgenden Prüfungen gilt, dass Prüfungen einer arztbezogenen Wirtschaftlichkeit der Prüfarten nach § 6 Abs. 1, 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 Zufälligkeitprüfung 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 7 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 Zufälligkeitprüfungen gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung (im Folgenden „Richtlinien“) als unmittelbarer Bestandteil dieser Vereinbarung.

§ 17

Statistiken zur Stichprobenprüfung

Zur Prüfung der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen können die in den §§ 20 und 26 genannten Statistiken entsprechend herangezogen werden.

§ 18

Ergebnis der Stichprobenprüfung

- (1) Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss trifft bei festgestellter Unwirtschaftlichkeit eine Entscheidung über die Prüfmaßnahme (z.B. Honorarkürzungen, Regresse 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.

4. Abschnitt

Prüfung nach Durchschnittswerten

a) Prüfung ärztlicher Behandlungsweise

§ 19

Prüfanträge zur Überwachung der ärztlichen Leistungen

- (1) Die Prüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten erfolgt auf Antrag eines Vertragspartners dieser Vereinbarung.
- (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.

§ 20

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) Bei den Statistiken handelt es sich um durch die KVN zu erstellende und der Prüfungsstelle unentgeltlich zur Verfügung zu stellende Quartals-Statistiken, die ebenfalls den Verbänden zur Verfügung gestellt werden. Dabei handelt es sich um:
- a) die Erstellung der Fallzahlen zur Statistik: "Aufgliederung der Behandlungsfälle" mit den Fallzahlen je Vergleichsgruppe (VG),
 - b) die Erstellung der GO-Nummern je VG zur Statistik: "Einzelleistungsnachweis nach Nummern des EBM - VG",
 - c) die Erstellung der arztbezogenen Prüflistenübersichtslisten zur Statistik: "Prüflisten-Übersicht",
 - d) die Erstellung der arztbezogenen Einzelleistungsnachweise zur Statistik: "Einzelleistungsnachweis nach Nummern des EBM - Arzt" in Bezug zur VG.

§ 21

Bildung der Vergleichsgruppen

- (1) Für alle Vertragsärzte werden je Fachgruppe 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 5 bestimmt. Für Internisten und Kinderärzte erfolgt eine Aufteilung in fachärztlich bzw. hausärztlich Tätige.
- (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 eine Vergleichsgruppe nicht gebildet werden.
- (5) Besteht die Vergleichsgruppe aus 20 und weniger Praxen, wird die Abrechnung des überprüften Vertragsarztes bei der Ermittlung des Fallwertes der Vergleichsgruppe nicht berücksichtigt.
- (6) Für Vertragsärzte, die zum Führen einer Teilgebietsbezeichnung oder Zusatzbezeichnung berechtigt sind, kann eine entsprechende besondere Vergleichsgruppe gebildet werden. 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 Fachgruppe wesentlich unterscheidet und das Unterscheidungsmerkmal die Zubilligung eines erhöhten Fallwertes sachlich rechtfertigt. Absätze 3 bis 5 finden auch bei der Bildung besonderer Vergleichsgruppen Anwendung.

§ 22

Bildung der Fallwerte

- (1) Alle ambulanten (einschließlich belegärztlichen) kurativen Leistungen einschließlich der Sonstigen Hilfen, die die zugelassenen niedersächsischen Vertragsärzte den AOKn, BKKn, IKKn, LKKn, 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, getrennt nach Mitgliedern (M), Familienangehörigen (F) und Rentnern einschließlich der Familienversicherten (R), zusammengefasst und durch die Zahl der jeweils für M, F und R abgerechneten Behandlungsfälle geteilt.
- (2) Für den ärztlichen Notdienst (Muster 19) wird ein entsprechend berechneter Fallwert gesondert ausgewiesen.
- (3) Es werden getrennt für M, F und R Fallwerte für die einzelnen Leistungssparten gemäß der Statistik "Prüflisten-Übersicht" gebildet. Zusätzlich wird, ebenfalls getrennt für M, F und R, ein Fallwert für alle Leistungssparten zusammen gebildet.
- (4) Aus den Fallwerten für die einzelnen Versichertengruppen (M, F und R) wird zusätzlich ein gewichteter Gesamtwert gebildet (Anlage 6).
- (5) Die Fallwerte des Vertragsarztes für M, F und R und im gewichteten Mittel werden mit den entsprechenden Gruppenwerten der Vergleichsgruppe (§ 20) verglichen. Die Abweichungen werden in Prozent ausgedrückt.
- (6) Die in Abs. 1 genannten Leistungen werden in der Statistik "Einzelleistungsnachweis nach Nummern des EBM - Arzt" ausgewiesen.

§ 23

Fallwertvergleich

- (1) Überschreitet der Vertragsarzt den Durchschnittswert seiner Vergleichsgruppe um in etwa 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.
- (3) Unter den Voraussetzungen der Absätze 1 oder 2 können prozentuale Honorarkürzungen vorgenommen werden.

§ 24

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

§ 25

Prüfanträge zur Überwachung ärztlich verordneter Leistungen

- (1) Die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten erfolgt auf Antrag eines Vertragspartners dieser Vereinbarung.
- (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 Prüfungsverfahren 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.

§ 26

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) Bei den Statistiken handelt es sich um durch die Verbände zu erstellende und der Prüfungsstelle unentgeltlich zur Verfügung zu stellende Quartals-Statistik "Verordnungsstatistik", die ebenfalls der KVN zur Verfügung gestellt wird. Für die Erstellung der Statistiken stellt die KVN 14 Wochen nach Quartalsende den Verbänden die Fallzahlen der Vertragsärzte vorab zur Verfügung.

§ 27

Bildung der Vergleichsgruppen

- (1) Für alle Vertragsärzte werden je Fachgruppe 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 9 bestimmt. Für Internisten und Kinderärzte erfolgt eine Aufteilung in fachärztlich bzw. hausärztlich Tätige.
- (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 eine Vergleichsgruppe nicht gebildet werden.
- (5) Besteht die Vergleichsgruppe aus 20 und weniger Praxen, werden die Verordnungskosten des überprüften Vertragsarztes bei der Ermittlung des Fallwertes der Vergleichsgruppe nicht berücksichtigt.
- (6) Für Vertragsärzte, die zum Führen einer Teilgebietsbezeichnung oder Zusatzbezeichnung berechtigt sind, kann eine entsprechende besondere Vergleichsgruppe gebildet werden. 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 Fachgruppe wesentlich unterscheidet und das Unterscheidungsmerkmal die Zubilligung eines erhöhten Fallwertes sachlich rechtfertigt. Absätze 3 bis 5 finden auch bei der Bildung besonderer Vergleichsgruppen Anwendung.

§ 28

Bildung der Fallwerte

- (1) Alle Verordnungen für Arznei- Verband und/oder Heilmittel, die die zugelassenen niedersächsischen Vertragsärzte zu Lasten der AOKn, BKKn, IKKn, LKKn, der Knappschaft sowie den Ersatzkassen auf Muster 16 und/oder 13, 14, 18 verordnet haben, werden, getrennt nach Mitgliedern (M), Familienangehörigen (F) und Rentnern einschließlich der Familienversicherten (R), zusammengefasst und durch die Zahl der jeweils für M, F und R abgerechneten Behandlungsfälle pro Quartal geteilt.
- (2) Es werden getrennt für M, F und R Fallwerte für die einzelnen Verordnungsbereiche gemäß der "Verordnungsstatistik" gebildet. Zusätzlich wird, ebenfalls getrennt für M, F und R, ein Fallwert für alle Verordnungsbereiche zusammen gebildet.
- (3) Aus den Fallwerten für die einzelnen Versichertengruppen (M, F und R) wird zusätzlich ein gewichteter Gesamtwert gebildet.
- (4) Die Fallwerte des Vertragsarztes für M, F und R und im gewichteten Mittel werden mit den entsprechenden Gruppenwerten der Vergleichsgruppe (§ 26) verglichen. Die Abweichungen werden in Prozent ausgedrückt.

§ 29

Fallwertvergleich

- (1) Überschreitet der Vertragsarzt den Durchschnittswert seiner Vergleichsgruppe um in etwa 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.

§ 30

Sprechstundenbedarf

- (1) Der Sprechstundenbedarf des zu prüfenden Quartals sowie der drei vorangegangenen Quartale ist in Euro anzugeben und wie folgt in der "Verordnungsstatistik" auszuweisen:
 - a) absolut,
 - b) je Behandlungsfall,
 - c) Vergleichsgruppe je Behandlungsfall,
 - d) Abweichung zur Vergleichsgruppe in Euro,
 - e) Abweichung zur Vergleichsgruppe in Prozent.
- (2) Die §§ 27 bis 29 und 31 gelten entsprechend.

§ 31

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 Ordnungsprüfung wird der unwirtschaftliche Mehraufwand 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.

5. Abschnitt

Prüfung auf sonstigen Schaden

§ 32

Sonstiger Schaden

- (1) Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss hat auf Antrag einer Krankenkasse auch Sonstigen Schaden im Einzelfall nach § 48 Abs. 1 BMV-Ärzte bzw. § 44 Abs. 1 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag festzustellen.
- (2) Die Prüfungsstelle hat auf Antrag einer Krankenkasse auch Sonstige Schäden wegen Verstößen gegen die Richtlinien des Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V festzustellen. Für diese Fälle findet kein Widerspruchsverfahren gemäß § 34 statt.
- (3) Der Antrag auf Festsetzung eines Sonstigen Schadens ist zu begründen und muss bei der Prüfungsstelle innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Verordnungsquartals, 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 der Entscheidung der Prüfungsstelle oder des Beschwerdeausschusses ist dem Vertragsarzt Gelegenheit zu geben, binnen eines Monats zu den Behauptungen 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 dem Beschwerdeausschuss bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ein Hinweis auf einen Schaden nach Abs. 1, informiert sie die beteiligten Krankenkassen.

§ 33

Sonstige Prüfanträge

Die Prüfungsstelle prüft auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Vertragspartners in begründeten Fällen, ob der Vertragsarzt unwirtschaftliche Arzneimittelanwendungen veranlasst hat. Der Antrag ist zu begründen und muss innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Verordnungsquartals bei der Prüfungsstelle gestellt werden. Zur Antragshöhe gilt § 32 Abs. 3 Satz 2 entsprechend.

6. Abschnitt

Widerspruchsverfahren / Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

§ 34

Widerspruchsverfahren

- (1) Die am Prüfverfahren Beteiligten können Widerspruch gegen den Beschluss der Prüfungsstelle einlegen.
- (2) Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Beschlusses schriftlich oder zur Niederschrift beim Beschwerdeausschuss einzureichen.
- (3) Im Widerspruch soll der angefochtene Beschluss bezeichnet und konkret dargelegt werden, in welchem Umfang der Beschluss angefochten wird.
- (4) Die Sitzung des Beschwerdeausschusses soll spätestens innerhalb von 12 Monaten nach Eingang des Widerspruchs stattfinden. Voraussetzung ist, dass die dazugehörige Verordnungsstatistik 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.
- (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 Spitzenverbände 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) Von Abs. 3 abweichend erstellt die KVN auf ihre Kosten die in Abschnitt 4 Buchst. a) genannten Statistiken zur Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise.
- (5) Von Abs. 3 abweichend erstellen die Verbände auf ihre Kosten die in Abschnitt 4 Buchst. b) genannten "Verordnungsstatistiken" zur Prüfung ärztlich verordneter Leistungen.

8. Abschnitt Schlussbestimmungen und Übergangsregelungen

§ 36

Übergangsregelung

- (1) Die Protokollnotiz zur Vereinbarung der Wirtschaftlichkeitsüberwachung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 106 SGB V ab dem Jahr 2004 / Risikoverteilung

uneinbringlicher Regresse im Rahmen der Richtgrößenprüfung für die Jahre 1999 bis 2003 vom 16.01.2006 gilt auch für die Verordnungszeiträume bis einschließlich 31.12.2005. Eine weitere Verlängerung der vorgenannten Protokollnotiz ist nicht möglich.

- (2) In § 2 Abs. 5 am Ende, § 16 Abs. 9, § 20 Abs. 1, § 26 Abs. 1 und § 35 Abs. 2 werden am 01.07.2008 die Spitzenverbände der Krankenkassen durch Spitzenverband Bund ersetzt. Beteiligte gemäß § 5 Abs. 1 Buchst. c) sind anstelle der Verbände der Ersatzkassen ab dem 01.07.2008 die Ersatzkassen bzw. deren Bevollmächtigte.
- (3) § 8 Abs. 2 Sätze 4 und 5 finden Anwendung auf alle Beratungen, die der Prüfungsausschuss im Jahr 2007 und die Prüfungsstelle im Jahr 2008 beschlossen hat.

§ 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 01.01.2008 in Kraft und gilt für alle Prüfungen, die ab dem Jahr 2008 durchgeführt werden.
- (2) Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Abweichend von Satz 1 kann § 33 (Sonstige 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 § 33 vorliegt. Die Wirksamkeit der übrigen Regelungen der Vereinbarung bleibt hiervon unberührt. Die vor Wirksamkeit der Kündigung gestellten Anträge bleiben von der Kündigung ebenfalls unberührt.

- (3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass ohne Kündigung bzw. Änderungsvereinbarung notwendige Anpassungen an den Anlagen aufgrund praktischer Erfahrungen im Schriftwechsel vorgenommen werden können.

Hannover, den 05.06.2008

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen

IKK-Landesverband Nord - Vertretung Niedersachsen

Landwirtschaftliche Krankenkasse Niedersachs-
sachsen-Bremen (in Wahrnehmung der
Aufgaben eines Landesverbandes nach
§ 36 KVLG 1989)

Knappschaft - Verwaltungsstelle Hannover

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
- Landesvertretung Niedersachsen -

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
- Landesvertretung Niedersachsen -

Anlage 1 Entschädigungsregelung

für den Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und dessen Stellvertreter,

Stand 01.01.2008 *

	BA-V	Stv. BA-V
Grundpauschale	1.500 €/mtl.	1.500 €/mtl.
Sitzungsgeld	400 €	400 €
Gerichtsvertretung pro Tag	100 €	100 €

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

Anlage 2 Datensatzbeschreibung für den Im-/Export der AM-Einzelverordnungsdaten zur Richtgrößen-Vereinbarung

ASCII-Datei und Konvention

Für die Datenlieferung wird ein Format mit fester Spaltenbreite (ohne Trennzeichen) vorgesehen. Begründung: Es ist nicht auszuschließen, dass das gewählte Trennzeichen auch Bestandteil des "Präparats" im Klartext sind. Für diese Trennzeichen müsste dann eine "Entwertungsregel" getroffen werden.

Die Daten werden in einer ASCII-Datei geliefert.

Jede Zeile der Datei enthält die Daten einer Verordnung.

Jede Zeile der Datei enthält 301 Zeichen.

Der Dateiname lautet "JJ0000000Rezdat.txt", wobei die ersten beiden Buchstaben "JJ" durch das zu prüfende Jahr ersetzt wird und die darauf folgenden sieben Ziffern "0000000" die Vertragsarzt Nummer für den die jeweilige Einzelverordnungsstatistik erstellt wird, wiedergibt / Beisp. 010680123Rezdat.txt

Diese Datensatzbeschreibung findet keine Anwendung auf bereits vor dem 01.01.2008 gelieferte Daten.

Datensatzaufbau

Spalte	Inhalt	Stellenanzahl	Format
1	Vertragsarzt Nummer	9	nur Ziffern erlaubt
2	Betriebsstättennummer	9	Nur Ziffern erlaubt (gültig ab Inkrafttreten der technischen Anlage)
3	Versichertennummer	12	alphanumerisch linksbündig, mit Leerzeichen (Blanks) aufgefüllt
4	Versichertenstatus	1	nur Ziffern erlaubt
5	IK der Krankenkasse	9	nur Ziffern erlaubt
6	Anzahl der Einzelverordnungen auf dem Rezept dieser Zeile	1	nur Ziffern erlaubt (1,2,...,9)
7	Zuzahlung	11	nur Ziffern erlaubt rechtsbündig, Werte ohne Dezimaltrennzeichen mit führenden Nullen aufgefüllt. Beispiel: Zuzahlung von 7,45€ wird als "0000000000745" geschrieben.
8	Verordnungsdatum	8	nur Ziffern erlaubt Format "JJJJMMTT", d.h. 4stellige Jahreszahl, 2stellige Monatszahl, 2stellige Tageszahl
9a	Pharmazentralnummer	10	linksbündig, mit Leerzeichen (Blanks) aufzufüllen
10a	Mengenfaktor	6	nur Ziffern erlaubt rechtsbündig mit führenden Nullen aufzufüllen. Beispiel: Mengenfaktor 17 wird als "000017"

			geschrieben
11a	Bruttobetrag	11	nur Ziffern erlaubt rechtsbündig Werte ohne Dezimaltrennzeichen mit führenden Nullen aufgefüllt Beispiel: Brutto von 7,45€ wird als "0000000745" geschrieben
9b	identisch 9a		
10b	identisch 10a		
11b	identisch 11a		
9c	identisch 9a		
10c	identisch 10a		
11c	identisch 11a		
9d	identisch 9a		
10d	identisch 10a		
11d	identisch 11a		
9e	identisch 9a		
10e	identisch 10a		
11e	identisch 11a		
9f	identisch 9a		
10f	identisch 10a		
11f	identisch 11a		
9g	identisch 9a		
10g	identisch 10a		
11g	identisch 11a		
9h	identisch 9a		
10h	identisch 10a		
11h	identisch 11a		
9i	identisch 9a		
10i	identisch 10a		
11i	identisch 11a		
<u>Anmerkung A) zu den Spalten4:</u> 1 = Mitglieder / 3 = Familien-Angehörige / 5 = Rentner / 0 = Unbekannt			
<u>Anmerkung B) zu den Spalten5:</u> Hier ist das IK des zuständigen Kostenträgers anzugeben			
<u>Anmerkung C) zu den Spalten 9b bis 11i:</u> Diese Spalten werden nur gefüllt, wenn dem Rezept mehr als eine Einzelverordnung zugeordnet ist. Ansonsten werden die Spalten komplett mit Leerzeichen (Blanks) gefüllt.			

Anlage 3 Datensatzbeschreibung für den Im-/Export der HM-Einzelverordnungsdaten zur Richtgrößen-Vereinbarung

ASCII-Datei und Konvention

Für die Datenlieferung wird ein Format mit fester Spaltenbreite (ohne Trennzeichen) vorgesehen.

Die Daten werden in einer ASCII-Datei geliefert.

Jede Zeile der Datei enthält die Daten einer Verordnung.

Jede Zeile der Datei enthält 258 Zeichen.

Der Dateiname lautet "JJ000000HMdat.txt", wobei die ersten beiden Buchstaben "JJ" durch das zu prüfende Jahr ersetzt werden und die darauf folgenden sieben Ziffern "0000000" die Vertragsarzt Nummer für den die jeweilige Einzelverordnungsstatistik erstellt wird, wiedergibt / Beisp. 010680123HMdat.txt

Datensatzaufbau

Spalte	Inhalt	Stellenanzahl	Format
1	Vertragsarzt Nummer	9	nur Ziffern erlaubt
2	Betriebsstättennummer	9	nur Ziffern erlaubt (gültig ab Inkrafttreten der technischen Anlage)
3	Versichertennummer	12	alphanumerisch linksbündig, mit Leerzeichen (Blanks) aufgefüllt
4	Versichertenstatus	1	nur Ziffern erlaubt
5	IK der Krankenkasse	9	nur Ziffern erlaubt
6	Anzahl der Einzelverordnungen auf dem Rezept dieser Zeile	1	Linksbündig nur Ziffern erlaubt (1,2,...,9) mit Leerzeichen (Blanks) aufgefüllt
7	Zuzahlung Gesamtsumme aus auspauschaler und prozentualer Zuzahlung auf Rezeptbasis	11	nur Ziffern erlaubt rechtsbündig, Werte ohne Dezimaltrennzeichen mit führenden Nullen aufgefüllt. Beispiel: Zuzahlung von 7,45€ wird als "0000000000745" geschrieben.
6	Verordnungsdatum	8	nur Ziffern erlaubt Format "JJJJMMTT", d.h. 4stellige Jahreszahl, 2stellige Monatszahl, 2stellige Tageszahl
9a	Art der abgegebenen Leistung (Abrechnungspositionsnummer/ Heilmittelpositionsnummer)	5	linksbündig, mit Leerzeichen (Blanks) aufzufüllen
10a	Mengenfaktor	6	nur Ziffern erlaubt rechtsbündig mit führenden Nullen aufzufüllen. Beispiel: Mengenfaktor 17 wird als "000017" geschrieben

11a	Bruttobetrag	11	nur Ziffern erlaubt rechtsbündig Werte ohne Dezimaltrennzeichen mit führenden Nullen aufgefüllt Beispiel: Brutto von 7,45€ wird als "0000000745" geschrieben
9b	identisch 9a		
10b	identisch 10a		
11b	identisch 11a		
9c	identisch 9a		
10c	identisch 10a		
11c	identisch 11a		
9d	identisch 9a		
10d	identisch 10a		
11d	identisch 11a		
9e	identisch 9a		
10e	identisch 10a		
11e	identisch 11a		
9f	identisch 9a		
10f	identisch 10a		
11f	identisch 11a		
9g	identisch 9a		
10g	identisch 10a		
11g	identisch 11a		
9h	identisch 9a		
10h	identisch 10a		
11h	identisch 11a		
9i	identisch 9a		
10i	identisch 10a		
11i	identisch 11a		
Anmerkung A) zu den Spalten 4: 1 = Mitglieder / 3 = Familien-Angehörige / 5 = Rentner / 0 = Unbekannt			
Anmerkung B) zu den Spalten 5: Hier ist das IK des zuständigen Kostenträgers anzugeben			
Anmerkung A) zu den Spalten 9b bis 11i Diese Spalten werden nur gefüllt, wenn dem Rezept mehr als eine Einzelverordnung zugeordnet ist. Ansonsten werden die Spalten komplett mit Leerzeichen (Blanks) gefüllt.			

Anlage 4

Richtgrößenregressberechnung

Berechnungsschritte zur Prüfung nach Richtgrößen

1. Entscheidung über die Einleitung des Prüfverfahrens

1.1 Ermittlung der Richtgrößensumme des Vertragsarztes

Fallzahl(en) multipliziert mit Richtgröße(n) = Richtgrößensumme

(Hinweis: bei differenzierten Richtgrößen Mehrschritt mit Summierung)

1.2 Feststellung der veranlassten Ausgaben

Brutto-Verordnungskosten

(Hinweis: ermittelt aus der arztbezogenen Erfassung nach § 84 Abs. 2 SGB V)

1.3 Feststellung der gesetzlichen Prüfpflicht

Brutto-Verordnungskosten nach 1.2 im Verhältnis zur Richtgrößensumme nach 1.1

ergibt **Quote 1** (in Prozent)

Quote 1	<i>unter 115 Prozent: keine Verfahren</i>
	<i>über 115 Prozent: Verfahren nach § 106 Abs. 5 a SGB V</i>

2. Prüfung nach § 106 Abs. 5 a SGB V

2.1 Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

Brutto-Verordnungskosten nach 1.2

abzgl. vom Prüfungsausschuss als therapeutische Praxisbesonderheiten anerkannte Brutto-Verordnungskosten

Bewertung weiterer Praxisbesonderheiten (Abweichung vom Fachgruppendurchschnitt)

ergibt bereinigte Brutto-Verordnungskosten

2.2 Feststellung der gesetzlichen Erstattungspflicht

bereinigte Brutto-Verordnungskosten nach 2.1
im Verhältnis zur Richtgrößensumme nach 1.1

ergibt **Quote 2** (in Prozent)

Quote 2	<i>unter 125 Prozent: vom Prüfungsausschuss festzusetzende Beratung</i>
	<i>über 125 Prozent: Feststellung des gesetzlichen Regressbetrages</i>

3. Festsetzung der gesetzlichen Erstattungspflicht

3.1 Feststellung der arztindividuellen Nettoquote der Verordnungskosten

Netto-Verordnungskosten

(Hinweis: ermittelt aus der arztbezogenen Erfassung nach § 84 Abs. 2 SGB V, Rabatt nach §§ 130 und 130 a SGB V (ggf. als Quote) und Zuzahlungen berücksichtigt)

im Verhältnis zu den Brutto-Verordnungskosten nach 1.2

ergibt arztindividuelle Nettoquote der Verordnungskosten (in Prozent)

3.2 Feststellung des gesetzlichen Regressbetrages

bereinigte Brutto-Verordnungskosten nach 2.1
abzügl. Richtgrößensumme nach 1.1 x 1,25

ergibt Brutto-Regressbetrag

Brutto-Regressbetrag multipliziert mit der arztindividuellen Nettoquote nach 3.1

ergibt

<i>Regressbetrag</i> ¹
--

¹ Über die Höhe des Regressbetrages entscheidet die Prüfungsstelle unter Berücksichtigung von Interventionsgrenzen nach pflichtgemäßem Ermessen.

Anlage 5 Verdichtungsräume

Mit den Verdichtungsräumen zur Bildung gesonderter Vergleichsgruppen

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

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

Anlage 6 Gewichteter Gesamtwert

Bildung gewichteter Gesamtwerte

Der gewichtete Gesamtwert nach § 21 Abs. 4 ergibt sich, wenn die Fallzahlen des einzelnen Vertragsarztes, getrennt nach den Versichertengruppen (M/F/R), mit dem durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe (VG) multipliziert und diese Ergebnisse addiert werden.

Die gewichtete Abweichung ergibt sich durch Gegenüberstellung der tatsächlichen Abrechnungssumme des einzelnen Vertragsarztes und des gewichteten Gesamtwertes und wird Vomhundertsatz (v.H.) ausgewiesen.

Beispiel

1) Abrechnungssumme Vertragsarzt A = 38.500,- €/Punkte

2)	Fallzahlen	Vertragsarzt A	Fallwerte der VG
	M	100	100,00 €/Punkte
	F	50	100,00 €/Punkte
	R	100	150,00 €/Punkte

$100 \times 100 + 50 \times 100 + 100 \times 150 = 30.000 =$ gewichteter Gesamtwert

3) $38.500 - 30.000 = 8.500 =$ gewichteter Gesamtwert absolut

4) $8.500 \times 100 / 30.000 = 28.33 =$ gewichtete Abweichung in %

Anlage 7

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 gemäß § 4 Abs. 1 Buchst. a),
- 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,
- f) Arzneimittelverordnungen, aggregiert, unter Berücksichtigung der Versicherten- und Versorgungsstruktur sowie der Arztgruppe in der jeweiligen Region und nach Wirkstoffgruppen (nach Verfügbarkeit der Datenlieferung durch die Krankenkassen)
 - nach ATC-Gruppen und dort sortiert nach Anzahl der verordneten Packungen, nach nachweisbarem Einsparpotenzial und nach Arzneimittelumsatz,
 - nach Häufigkeit und Umsatz der häufigsten verordneten Einzelmedikamente,

- nach 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.

