

Vereinbarung

Die KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

und

die AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

der BKK LANDESVERBAND HESSEN

die IKK BADEN-WÜRTTEMBERG UND HESSEN,
Landesdirektion Hessen, Wiesbaden,

die LANDWIRTSCHAFTLICHE KRANKENKASSE HESSEN,
RHEINLAND-PFALZ UND SAARLAND
handelnd als Landesverband zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau

die KNAPPSCHAFT, Verwaltungsstelle Frankfurt

bis 30.06.2008:

der VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN e.V.,
vertreten durch die Landesvertretung Hessen, Frankfurt,

der AEV – ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND e.V.,
vertreten durch die Landesvertretung Hessen, Frankfurt,

ab 01.07.2008:

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg (VdAK), vertreten durch die Landesvertretung Hessen (§ 212 Abs. 5 Sätze 6 und 7 SGB V)
- AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg (AEV), vertreten durch die Landesvertretung Hessen (§ 212 Abs. 5 Sätze 6 und 7 SGB V)

schließen für die Zeit ab 1. Januar 2008 folgende

**Prüfvereinbarung
gemäß § 106 Abs. 3 SGB V**

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Bildung der Prüfungseinrichtungen

- (1) Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung werden eine Prüfungsstelle und ein Beschwerdeausschuss gebildet. Näheres regelt der als Anlage 1 beigefügte Errichtungsvertrag.
- (2) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss sind gemeinsame Einrichtungen der Vertragspartner und tragen die Bezeichnung „Prüfungsstelle“ bzw. „Beschwerdeausschuss der Ärzte und Krankenkassen“.

§ 2

Prüfungsstelle

- (1) Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist die gemeinsame Prüfungsstelle gem. § 106 Abs. 4 SGB V zuständig. Sie entscheidet unabhängig, unter Berücksichtigung der gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben – insbesondere der Prüfvereinbarung –, ob ein Vertragsarzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Die Mitarbeiter unterstehen dem Leiter der Prüfungsstelle.
- (2) Die Prüfungsstelle führt darüber hinaus die Geschäfte des Beschwerdeausschusses. Sie stimmt die Termine der Ausschusssitzungen sowie die Tagesordnung mit dem Vorsitzenden ab. Sie lädt mit einer Frist von mindestens zwei Wochen die Ausschussmitglieder rechtzeitig unter Bekanntgabe der Tagesordnung und Beifügung der erforderlichen Unterlagen im Auftrag des Vorsitzenden zu den Sitzungen ein. Kann ein Ausschussmitglied nicht selbst an der Sitzung teilnehmen, obliegt es ihm, Terminladung und Unterlagen an seinen Stellvertreter weiterzuleiten und die Prüfungsstelle hiervon zu unterrichten. Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle unterstützen die Arbeit des Ausschusses. Sie erteilen insbesondere die erforderlichen Auskünfte, führen die Sitzungsprotokolle und formulieren nach erfolgter Beschlussfassung die Niederschriften und schriftlichen Bescheide im Entwurf. Sie sind ferner für die unverzügliche Information der am Prüfungsverfahren Beteiligten über Anträge, Referentenberichte, Widersprüche und Stellungnahmen sowie für die Versendung bzw. Zustellung der Protokolle und Bescheide verantwortlich.
- (3) Über Anträge auf Verlegung eines Verhandlungstermins entscheidet die Prüfungsstelle in Abstimmung mit dem Vorsitzenden. Sofern wiederholte Verlegungsanträge im selben Verfahren gestellt werden, entscheidet ab dem dritten Verlegungsantrag der Ausschuss.
- (4) Die Prüfungsstelle hat im Auftrag des Vorsitzenden alle für die Durchführung des Verfahrens erforderlichen Vorbereitungsmaßnahmen zu treffen und insbesondere die zur Beurteilung der gesamten Tätigkeit des Arztes in Frage kommenden Auskünfte, Vergleichswerte und sonstige Unterlagen vom betroffenen Arzt, den Krankenkassen und vom Rechenzentrum der KVH anzufordern, zusammenzuführen und aufzubereiten. Sie bereitet insbesondere die für die Prüfungen erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und legt diese dem Ausschuss vor.

- (5) Der betroffene Arzt hat der Prüfungsstelle auf Anforderung alle Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung des Verfahrens erforderlich sind. Im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht obliegt dem Arzt insbesondere die Darlegung von Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Einsparungen. Sofern patientenbezogene Daten angefordert werden, ist der Arzt berechtigt, diese offenzulegen.

§ 3

Zusammensetzung und Amtsdauer des Beschwerdeausschusses

- (1) Dem Beschwerdeausschuss gehören je drei Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (nachstehend KVH genannt) und der Krankenkassen sowie ein unabhängiger Vorsitzender an. Hierbei stellen die AOK und die Ersatzkassen je einen Vertreter. Den dritten Vertreter stellen die Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Landwirtschaftlichen Krankenkassen.
- (2) Die Vertreter der KVH werden von der KVH, die Vertreter der Krankenkassen von den zuständigen Verbänden jeweils zusammen mit einer ausreichenden Zahl von Stellvertretern bestellt.
- (3) Die Amtsdauer der Mitglieder des Beschwerdeausschusses beträgt zwei Jahre, die Amtsperiode beginnt am 1. Januar 2008. Werden Mitglieder während einer laufenden Amtsperiode bestellt, endet ihre Mitgliedschaft mit Ende der laufenden Amtsperiode. Die Mitglieder bleiben nach Ablauf der Amtsperiode im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten. Die vorzeitige Entbindung eines Mitgliedes vom Amt ist durch die bestellende Körperschaft möglich, wenn das Mitglied dies wünscht oder ein wichtiger Grund hierfür vorliegt.
- (4) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sowie die externen Sachverständigen dürfen bei der Überprüfung ihrer eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit sowie der eines Angehörigen im Sinne von § 16 Abs. 5 SGB X nicht mitwirken. Das gleiche gilt für die Partner einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft und benachbarte Ärzte. Auf einen Sachverhalt, der die Besorgnis der Befangenheit gem. § 17 SGB X begründen könnte, ist die Geschäftsstelle von dem Betroffenen rechtzeitig hinzuweisen.

§ 4

Rechtsstellung der Mitglieder des Beschwerdeausschusses

- (1) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten oder andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, die Rechte und Pflichten eines Mitgliedes.
- (2) Die Bestimmungen der Prüfvereinbarung sind verbindlich. Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sind bei der Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden, soweit in der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung nichts Abweichendes geregelt ist.
- (3) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses haben Anspruch auf Erstattung ihrer Auslagen sowie auf eine Entschädigung für Aufwand und Zeitverlust nach den für die Mitglieder der Organe der von ihnen vertretenen Institution geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich gegen die Institution, die sie bestellt hat.
- (4) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sowie sonstige Mitwirkende sind auch nach Beendigung ihres Amtes zur Verschwiegenheit über alle Tatsachen verpflichtet, die ihnen aus der Teilnahme an Prüfungsverfahren zur Kenntnis gekommen sind. Dies gilt insbe-

sondere auch für die Beratung und die Abstimmung. Eine sachliche Berichterstattung über die Verfahrensergebnisse gegenüber den entsendenden Stellen ist davon ausgenommen.

- (5) Die Teilnehmer an den Sitzungen haben gegenüber den entsendenden Stellen die Erklärung nach dem Gesetz über die förmliche Verpflichtung nicht beamteter Personen und die Erklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz abzugeben.

§ 5

Vorsitz und Beschlussfähigkeit

- (1) Den Vorsitz des Beschwerdeausschusses führt für die Dauer von zwei Jahren (Amtsperiode) ein unabhängiger Vorsitzender. Dieser, sowie dessen Stellvertreter werden von den Verbänden und der KVH gemeinsam benannt. Näheres zu den Aufgaben und der Entschädigung des Vorsitzenden und seiner Stellvertreter ist in der Anlage 2 zur Prüfvereinbarung geregelt.
- (2) Der Beschwerdeausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens je zwei Vertreter der KVH und der Krankenkassen, sowie der Vorsitzende oder dessen Stellvertreter, anwesend sind. Fehlen auf einer Seite Vertreter, so nehmen an der Abstimmung auf der anderen Seite ebenfalls nur Vertreter in gleicher Zahl teil.
- (3) Der Beschwerdeausschuss beschließt mit Stimmenmehrheit. Stimmenthaltung wird nicht gezählt. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

§ 6

Inhalt, Erstellung und Austausch von Abrechnungsunterlagen und statistischen Unterlagen

Näheres zu Inhalt, Erstellung und Austausch von Abrechnungsunterlagen und statistischen Unterlagen ist in Anlage 3 geregelt.

Abschnitt II Einzelne Prüfungsarten

§ 7

Prüfungsarten

Die Prüfungsstelle prüft arztbezogen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch:

1. Prüfung bei Überschreitung vereinbarter Richtgrößen – (§ 9)
2. Prüfung ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) und ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise) nach Durchschnittswerten oder in Einzelfällen –Auffälligkeitsprüfung - (§§11, 12, 13, 14,)

3. Prüfung auf der Grundlage von Stichproben
- Zufälligkeitsprüfung - (§ 17).
4. Prüfung in sonstigen Fällen (§ 15),
5. Feststellung eines sonstigen Schadens, soweit in den Bundesmantelverträgen nicht andere Regelungen vorgesehen sind (§ 16),

§ 8

Auswahlverfahren

- (1) Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Amts wegen oder auf schriftlichen Antrag.
- (2) Antragsberechtigt ist die Kassenärztliche Vereinigung, ein Verband oder eine Krankenkasse. Die Krankenkassen können ihre Antragsbefugnis auf ihre Verbände übertragen, die in ihrem Namen Anträge stellen und Erklärungen abgeben bzw. entgegennehmen.
- (3) Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit sollen die Prüfungsart und den Prüfungsgrund konkret bezeichnen, damit die Prüfungsstelle und die anderen Verfahrensbeteiligten klar erkennen können, was Gegenstand der Prüfung sein soll. Die Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts insgesamt oder in den einzelnen Leistungsgruppen bzw. bei einzelnen Leistungen ist anzugeben.
- (4) Über die Einleitung eines Verfahrens kann vorab durch die Prüfungsstelle in einem Auswahlverfahren unter Beteiligung der Vertragspartner entschieden werden (Vorauswahlverfahren). Etwaig entstehende Kosten trägt die entsendende Stelle.
- (5) Die Verfahrensbeteiligten sind, soweit sie nicht Antragsteller sind, unverzüglich über die Einleitung und Inhalt eines Prüfverfahrens schriftlich zu informieren. Der betroffene Arzt wird aufgefordert, soweit noch nicht bekannt, seine Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Einsparungen aktenkundig zu machen.

§ 9

Richtgrößenprüfung

Prüfungsgegenstand der arztbezogenen Richtgrößenprüfung ist die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise bei Überschreitung der gemäß § 84 Abs. 6 SGB V vertraglich festgesetzten Richtgrößen je Behandlungsfall. § 84 Abs. 8 SGB V gilt entsprechend.

Einzelheiten der Prüfung nach Richtgrößen einschließlich der Bildung von Richtgrößen werden in Anlage 4 geregelt.

§ 10

Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten (Auffälligkeitsprüfung)

- (1) Die Prüfungsstelle entscheidet darüber, ob die Honorarabrechnung des Arztes dem Gebot einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse wirtschaftlichen Behandlungsweise entspricht, medizi-

nisch notwendig ist (Indikation), geeignet ist, das therapeutische oder diagnostische Ziel zu erreichen (Effektivität) und im Hinblick auf die Qualität den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses entspricht (Qualität). Er hat hierbei die nachstehenden Maßstäbe und Grundsätze zu beachten.

- (2) Steht die durchschnittliche Honorarforderung eines Arztes je Behandlungsfall in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten seiner Vergleichsgruppe, kann die Prüfungsstelle eine auf einer Schätzung beruhende pauschale Honorarkürzung ohne Angaben von Beispielen vornehmen.
- (3) Die Prüfungsstelle kann eine auf einer Schätzung beruhende Kürzung der Honorarforderung vornehmen, wenn die durchschnittliche Honorarforderung eines Arztes je Behandlungsfall den Durchschnittswert seiner Vergleichsgruppe in einem Umfang überschreitet, der eine unwirtschaftliche Behandlungsweise vermuten lässt, ohne dass bereits ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt und die Unwirtschaftlichkeit sich durch eine Prüfung anhand einer die Behandlungsweise des Arztes genügend beleuchtenden Zahl von Beispielen aus der Abrechnung des Arztes nachweisen lässt. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage der Schätzung für eine Honorarkürzung.
- (4) Kürzungen gemäß den Absätzen 2 bis 3 sind auch dann zulässig, wenn die durchschnittliche Honorarforderung eines Arztes je Behandlungsfall nur in einzelnen Leistungsgruppen oder die Abrechnungshäufigkeit einzelner in der Vergleichsgruppe üblicher Leistungen die Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übersteigen.
- (5) Kürzungen nach den Absätzen 2 bis 4 sind insoweit nicht zulässig, als ein Mehraufwand durch Einsparungen bei anderen Leistungen im ursächlichen Zusammenhang ausgeglichen wird. Entsprechendes gilt, soweit ein Mehraufwand gegenüber den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe des Arztes durch Besonderheiten seiner Praxis gerechtfertigt ist. Einsparungen und Praxisbesonderheiten sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie aus der Abrechnung des Arztes erkennbar oder in anderer Weise nachgewiesen sind.
- (6) Die Prüfungsstelle setzt die Kürzungen unter Würdigung aller ihr bekannten Umstände fest. Die Kürzungen können sich sowohl auf das Gesamthonorar, einzelne Leistungsgruppen als auch auf einzelne Leistungen beziehen. Eine Honorarkürzung soll in der Regel nur dann festgesetzt werden, wenn der Gegenstandswert den Betrag von € 500,- insgesamt oder € 1,- je Fall übersteigt, wobei in Fällen von grundsätzlicher Bedeutung auch bei einer Unterschreitung dieses Wertes eine Kürzung festgesetzt werden kann.

§ 11

Prüfung der Behandlungsweise in Einzelfällen

- (1) Bei Überschreitung des Arztes gegenüber der Fachgruppe im normalen Streuungsbereich ist eine Einzelfallprüfung durchzuführen, sofern dies vom Verwaltungsaufwand her zumutbar ist.
- (2) Eine Einzelfallprüfung ist darüber hinaus durchzuführen, wenn bei anerkannten Praxisbesonderheiten wegen fehlender Vergleichbarkeit der statistische Vergleich nicht möglich ist.
- (3) Die Ergebnisse der Einzelfallprüfung sind im Referentenbericht durch Kennzeichnung der unwirtschaftlichen Leistungen und ihres Gebührenwerts sowie des Grundes der Unwirtschaftlichkeit zu dokumentieren. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage für die Festsetzung einer notwendigen Honorarkürzung.

- (4) Ist bei größerer Fallzahl eine Einzelfallprüfung der gesamten Honorarabrechnung des Arztes ohne unverhältnismäßigen Arbeits- und Zeitaufwand nicht durchzuführen, kann die Einzelfallprüfung auf eine repräsentative Zahl von Einzelfällen beschränkt werden. Bei der Auswahl der Behandlungsfälle für die repräsentative Einzelfallprüfung sind die statistischen Grundsätze eines einwandfreien Stichprobenverfahrens zu beachten. Dabei ist insbesondere ein repräsentativer Querschnitt der Patienten dieser Praxis nach ihrem Versichertenstatus (M/F/R) der unterschiedlichen Krankenkassen zu bilden. Erstreckt sich der Prüfantrag nur auf bestimmte Leistungen, sind in die Stichprobe nur solche Behandlungsfälle einzubeziehen, in denen die beanstandeten Gebührenordnungspositionen abgerechnet wurden. Um dem sachverständigen Referenten die Beurteilung der gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit und die Feststellung von kompensationsfähigen Einsparungen bei anderen Gebührenordnungspositionen zu ermöglichen, ist die restliche Abrechnung, soweit erforderlich, zur Orientierung beizufügen.

§ 12

Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten

- (1) Auf schriftlichen Antrag oder bei Vorliegen der Voraussetzungen gem. § 106 Abs. 2 S. 5, letzter Halbsatz SGB V von Amts wegen prüft die Prüfungsstelle die Wirtschaftlichkeit der ärztlich verordneten Leistungen.
- (2) Für die Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten erfolgt die Bildung der Vergleichsgruppe und die Berechnung der Überschreitungssätze grundsätzlich entsprechend der in § 6 getroffenen Regelung (Anlage 3). Die Vergleichswerte sind getrennt nach Mitgliedern (M), Familienangehörigen (F), Rentnern einschließlich Familienangehörigen (R) zu bilden, wobei zusätzlich eine Gewichtung des Fallwertes des Arztes vorzunehmen ist. Dabei ist die gewichtete Abweichung die Differenz zwischen den durchschnittlichen Gesamtkosten der Fachgruppe und der theoretischen Verordnungskostensumme des einzelnen Arztes. Diese wird errechnet, indem die Fallkosten des einzelnen Arztes getrennt nach Versichertengruppen (M, F, R) multipliziert werden mit dem jeweils absoluten Anteil der Versichertengruppe an der Gesamtfallzahl der Fachgruppe. Die erhaltenen Einzelwerte werden anschließend addiert. Die gewichtete Abweichung wird in v. H. ausgewiesen.
- (3) Vor Einleitung eines Verfahrens auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten, kann unter Vorlage der hierfür benötigten Unterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung Gelegenheit gegeben werden, innerhalb eines Monats dazu Stellung zu nehmen, ob statistische Abweichungen durch Praxisbesonderheiten begründet sind, oder ob sie es als sinnvoll ansieht, den Arzt über die Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Verordnungsweise außerhalb des Prüfungsverfahrens zu beraten. Die Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung kann in einer Besprechung mit dem Antragsteller erfolgen.
- (4) Ein Verfahren soll nicht eingeleitet werden bei Ärzten, deren gewichteter Fallwert den entsprechenden Fallwert der Vergleichsgruppe erstmals um 20 bis 30 % überschreitet und die von der Kassenärztlichen Vereinigung durch schriftliche Information auf diesen Sachverhalt gezielt hingewiesen und entsprechend beraten werden.
- (5) Wird ein Antrag auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten gestellt, so stellt die Prüfungsstelle fest, ob nach dem Maßstab des § 20 Abs. 1 Unwirtschaftlichkeit vorliegt und entscheidet über die gebotene Maßnahme. Grundlage dieser Bewertung ist eine Übersicht über Art, Menge und Kosten der verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, sobald die Voraussetzungen zur Erhebung dieser

Daten geschaffen sind. Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit können sich auch auf eine bestimmte Versichertengruppe (Mitglieder, Familienangehörige, oder Rentner) beziehen.

- (6) Die Prüfungsstelle kann 1. eine Beratung des Arztes durchführen oder veranlassen und/oder 2. einen Regress beschließen. Dabei soll nach Maßgabe des Absatzes 8 die gezielte Beratung im Regelfall dem Regress vorgehen.
- (7) Die Anträge auf Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten haben die statistischen Durchschnittswerte gemäß Absatz 2 zu enthalten und sind zu begründen. Dem Antrag sind die für die Prüfung notwendigen Daten gemäß Anlage 3 beizufügen. Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise können nur innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Abschluss des zu prüfenden Ordnungsquartals gestellt werden.¹

Steht die Verordnungsstatistik den Krankenkassenverbänden innerhalb von 9 Monaten nach Ende des Ordnungsquartals nicht zur Verfügung, so verlängert sich die Antragsfrist. Sie beträgt in diesem Fall 3 Monate von dem Tag an gerechnet, an dem die Verordnungsstatistik von der KV Hessen an die Krankenkassenverbände gesandt wurde, aber maximal 15 Monate nach Abschluss des zu prüfenden Ordnungsquartals.

- (8) Die Prüfungsstelle soll eine möglichst umgehende persönliche Beratung des Arztes festsetzen, wenn der Arzt erstmalig die Verordnungs-kosten seiner Vergleichsgruppe in größerem Ausmaß überschreitet, es sei denn, ein besonders hohes Maß an Unwirtschaftlichkeit lässt eine Beratung nicht als angemessen erscheinen. Im Rahmen dieser Beurteilung ist zu Gunsten des Arztes zu berücksichtigen, wenn Unwirtschaftlichkeit erstmals nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit festgestellt wird. Sie soll in anderen Fällen eine Beratung vor einem Regress als Prüfungsmaßnahme beschließen, wenn die durchschnittliche Höhe der Verordnungs-kosten des Arztes je Behandlungsfall unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten nicht in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den entsprechenden Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe steht und die Umstände des Einzelfalles erwarten lassen, dass eine Beratung für die Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise in Zukunft erfolversprechend ist.
- (9) Hält die Prüfungsstelle einen Regress für erforderlich, so hat er nach folgenden Grundsätzen zu verfahren:
 1. Er setzt einen auf einer Schätzung beruhenden Regress fest, wenn die durchschnittliche Höhe der Verordnungs-kosten des Arztes je Behandlungsfall den Durchschnittswert der Vergleichsgruppe in einem Umfang überschreitet, der Unwirtschaftlichkeit vermuten lässt, ohne dass bereits ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt, und die Unwirtschaftlichkeit sich durch eine Prüfung anhand einer die Verordnungsweise des Arztes genügend beleuchtenden Zahl von Beispielen nachweisen lässt. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage der Schätzung für den Regress.
 2. Steht die durchschnittliche Höhe der Verordnungs-kosten des Arztes je Behandlungsfall in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den entsprechenden Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe, setzt die Prüfungsstelle einen auf einer Schätzung beruhenden Regress fest.
 3. Regresse nach den Nummern 1 und 2 sind nicht zulässig, soweit ein Mehraufwand durch Einsparungen bei anderen Leistungen im ursächlichen Zusammenhang ausgeglichen wird. Entsprechendes gilt, soweit ein Mehraufwand gegenüber den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe des Arztes durch Besonderheiten seiner

¹ Protokollnotiz zu § 13 Abs. 7:

*) Die Vertragspartner streben eine Verkürzung der Frist an, sobald die technische Umsetzung möglich ist (u. a. Maschinenlesbarkeit der Belege).

Praxis gerechtfertigt ist. Einsparungen und Praxisbesonderheiten sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie aus den der Prüfungsstelle vorliegenden Unterlagen erkennbar oder in anderer Weise nachgewiesen sind.

4. Ergibt die Prüfung nur eine Unwirtschaftlichkeit in einzelnen Behandlungsfällen, beschränkt sich die Höhe des Regresses auf den tatsächlich festgestellten Mehraufwand in diesen Behandlungsfällen.
- (10) Die Annahme eines offensichtlichen Missverhältnisses ist über die Angabe des prozentualen Überschreitungswertes hinaus nachvollziehbar zu begründen.
- (11) Soweit ärztlich verordnete Leistungen des einzelnen Vertragsarztes bei Überschreitung von Richtgrößen geprüft werden, werden für diese Quartale Prüfungen nach Durchschnittswerten nicht durchgeführt; bereits laufende Verfahren für die entsprechenden Quartale werden eingestellt.

§ 13

Prüfung der Verordnungsweise in Einzelfällen

- (1) Auf Antrag prüft die Prüfungsstelle, ob der Arzt im Einzelfall mit seinen Arzneiverordnungen oder Verordnungen über Heilmittel gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
- (2) Anträge nach Absatz 1 müssen innerhalb von 12 Monaten nach Ablauf des Verordnungsquartals der KVH bzw. der Prüfungsstelle vorliegen.

Überschreitet die KVH gegenüber der Krankenkasse bzw. der von dieser beauftragten Datenverarbeitungsstelle die Frist von 6 Monaten nach Ende des Verordnungsquartals für die Lieferung der versichertenbezogenen Diagnosen nach ICD 10, so verlängert sich die Antragsfrist entsprechend, längstens jedoch um weitere 6 Monate. Steht die Verordnungsstatistik den Krankenkassenverbänden innerhalb von 9 Monaten nach Ende des Verordnungsquartals nicht zur Verfügung, so verlängert sich die Antragsfrist. Sie beträgt in diesem Fall 3 Monate von dem Tag an gerechnet, an dem die Verordnungsstatistik von der KV Hessen an die Krankenkassenverbände gesandt wurde, aber maximal 15 Monate nach Abschluss des zu prüfenden Verordnungsquartals.

- (3) Die Anträge sind unter Beifügung der prüfrelevanten Daten gemäß Anlage 3 mit einer qualifizierten Begründung zu versehen.
- (4) Prüfgegenstand ist die arzneimittel- bzw. verordnungsbezogene Überprüfung der Verordnungsweise nach den gesetzlichen Bestimmungen bzw. nach den Arzneimittel-Richtlinien oder Heilmittel-Richtlinien, insbesondere hinsichtlich
 - Preiswürdigkeit der verordneten Arzneimittel/Heilmittel unter Berücksichtigung des therapeutischen Nutzens
 - Mehrfachverordnungen für pharmakologisch oder therapeutisch gleichsinnig wirkende Arzneimittel
 - Verordnung von Arzneimitteln und Arzneimittelgruppen mit umstrittener Wirksamkeit
 - Mehrfachverordnung bei med. therap. gleichsinnig wirkenden Heilmitteln und deren Zielsetzung
 - Verordnungsmengen, Verordnungsabstände, Verordnungsumfang
 - Durchführung bzw. Veranlassung der weiterführenden Diagnostik
 - Beachtung der Vorschriften innerhalb/außerhalb des Regelfalls
 - Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots hinsichtlich der Verordnung von Hausbesuchen
 - Wirtschaftlichkeit der Verordnungen im Einzelfall.

- (5) Soweit die Prüfungsstelle im Einzelfall eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat, setzt sie den vom Arzt zu erstattenden Regressbetrag fest. Erscheint eine gezielte schriftliche oder persönliche Beratung ausreichend, ist diese nur zulässig, wenn innerhalb von 24 Monaten vor dem Quartal, für das der Prüfantrag gestellt wurde, keine derartige Maßnahme verfügt wurde.
- (6) Ein Verfahren nach Absatz 1 ist ausgeschlossen, wenn der vermutete Regressbetrag je Arzt und Quartal nicht mehr als € 50,- beträgt. Die Geringfügigkeitsgrenze kann unterjährig angepasst werden.

§ 14

Prüfung in sonstigen Fällen

- (1) Auf Antrag prüft die Prüfungsstelle, ob der Arzt durch Veranlassung von Auftragsleistungen, mit seinen sonstigen Verordnungen (nicht Arznei- oder Heilmittel) oder bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit im Einzelfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot oder die Zulässigkeit der Verordnung, insbesondere im Hinblick auf die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie der Sprechstundenbedarfsvereinbarung verstoßen hat, soweit andere vertragliche Regelungen dem nicht entgegenstehen.
- (2) Anträge nach Absatz 1 müssen innerhalb von 12 Monaten nach Ablauf des Verordnungsquartals der Prüfungsstelle vorliegen.
- (3) Beim Sprechstundenbedarf kann sich der Antrag auf einen Zeitraum von bis zu 4 aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren erstrecken. Diese Anträge müssen innerhalb von 12 Monaten nach Ablauf des letzten zu prüfenden Quartals vorliegen.
- (4) Steht die Verordnungsstatistik den Krankenkassenverbänden innerhalb von 9 Monaten nach Ende des Verordnungsquartals nicht zur Verfügung, so verlängert sich die Antragsfrist. Sie beträgt in diesem Fall 3 Monate von dem Tag an gerechnet, an dem die Verordnungsstatistik von der KV Hessen an die Krankenkassenverbände gesandt wurde, aber maximal 15 Monate nach Abschluss des zu prüfenden Verordnungsquartals.
- (5) Die Anträge sind unter Beifügung sämtlicher Unterlagen mit einer Begründung zu versehen, weitergehende Einzelheiten regelt die Anlage 3.
- (6) Soweit die Prüfungsstelle im Einzelfall eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat, setzt sie den vom Arzt zu erstattenden Regressbetrag fest, es sei denn, dass eine Beratung des Arztes ausreichend erscheint.
- (7) Ein Antrag nach Absatz 1 ist ausgeschlossen, wenn der vermutete Regressbetrag je Arzt und Quartal nicht mehr als € 50,- beträgt. Die Geringfügigkeitsgrenze kann unterjährig angepasst werden.

§ 15

Feststellung eines sonstigen Schadens

- (1) Die Prüfungsstelle hat auf Antrag der Krankenkasse auch den sonstigen Schaden festzustellen, den der Arzt der Krankenkasse infolge schuldhafter Verletzung (mindestens fahrlässiges Verhalten) seiner vertragsärztlichen Pflichten verursacht hat, soweit dies nicht durch den Bundesmantelvertrag anderweitig geregelt ist. Hierunter fällt auch die fehlerhafte Ausstellung von Bescheinigungen.
- (2) Unter den Begriff des sonstigen Schadens im Sinne dieser Bestimmung fallen nur solche Sachverhalte, die sich aus einer schuldhaften Pflichtverletzung (mindestens fahrlässiges Verhalten) im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit ergeben. Ausgenommen hiervon sind Erstattungsansprüche der Krankenkassen wegen sachlich-rechnerischer Unrichtigkeiten der Honorarabrechnung oder aus unerlaubten Handlungen des Arztes. Ansprüche der Versicherten und der Krankenkassen wegen eines Behandlungsfehlers des Arztes richten sich nach bürgerlichem Recht bzw. nach den Bundesmantelverträgen (§ 82 Abs. 1 SGB V).
- (3) Die Prüfungsstelle entscheidet darüber, ob und in welcher Höhe der Krankenkasse durch Verschulden des Arztes ein zu ersetzender Schaden entstanden ist. Lässt sich die Höhe des Schadens nicht eindeutig feststellen, bestimmt die Prüfungsstelle den Schadensumfang nach gewissenhafter Schätzung in entsprechender Anwendung von § 287 der Zivilprozessordnung.

§ 16

Prüfung der Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage von Stichproben

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage von Stichproben erfolgt nach Maßgabe der Richtlinie von KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Einzelheiten werden in Anlage 5 geregelt.

Abschnitt III Verfahren

§ 17

Vorprüfung

- (1) Für die Prüfungsfälle können Gutachter benannt werden. Die Auswahl der Berichterstatter und Sachverständigen beim Beschwerdeausschuss nimmt der Vorsitzende vor.
- (2) Bei einer Prüfung nach Durchschnittswerten ist dem ärztlichen Berichterstatter eine orientierende Durchsicht der Abrechnungsunterlagen zu ermöglichen. Die Prüfungsstelle stellt dem Berichterstatter hierfür eine die Behandlungs- oder Ordnungsweise des Arztes genügend beleuchtende Zahl von Abrechnungsfällen zur Verfügung.
- (3) Zur Vorbereitung einer Einzelfallprüfung kann ein Sachverständiger als Referent hinzugezogen werden, falls hierfür kein Mitglied oder ein Stellvertreter des Mitglieds des Beschwerdeausschusses zur Verfügung steht.
- (4) Bei der Prüfung der ärztlichen Arzneiverordnungsweise kann dem ärztlichen Berichterstatter bzw. Sachverständigen auf Verlangen eines Verfahrensbeteiligten ein/e von den Verbänden benannte/r Pharmazeut/in beigeordnet werden, bei der ärztlichen Ordnungsweise über Heilmittel eine entsprechend qualifizierte Fachkraft.
- (5) Das Ergebnis der Vorprüfung ist schriftlich niederzulegen und dem Beschwerdeausschuss zur Vorbereitung der Verhandlung so rechtzeitig zuzuleiten, dass den Verfahrensbeteiligten die Möglichkeit zur Stellungnahme noch vor der Sitzung eröffnet wird. Vor der Weiterleitung des Referentenberichtes an den betroffenen Arzt ist der Name des Verfassers unkenntlich zu machen.
- (6) Die Prüfungsstelle hat darauf hinzuwirken, dass die voraussichtlichen Kosten für Referentenberichte von Berichterstattern und Sachverständigen in angemessenem Verhältnis zu dem Gegenstand der Prüfung stehen.

§ 18

Verhandlung

- (1) Das Verfahren der Prüfungsstelle ist stets, das vor dem Beschwerdeausschuss grundsätzlich schriftlich. Die Sitzungen sind nicht öffentlich. Der Beschwerdeausschuss soll jedoch die Teilnahme der Verfahrensbeteiligten an der Sitzung, insbesondere die persönliche Anhörung des betroffenen Arztes veranlassen, wenn dies zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts erforderlich ist oder wenn zu erwarten ist, dass es erstmalig zu einer Prüfungsmaßnahme kommen wird. Er hat die persönliche Anhörung zu veranlassen, wenn der Beschwerdewert € 25.000.- übersteigt. Bei der Prüfung der Ordnungsweise kann auf Antrag eines Verfahrensbeteiligten eine persönliche Anhörung durchgeführt werden. Über den Antrag entscheidet der Vorsitzende.
- (2) Der Vorsitzende eröffnet, leitet und schließt die Verhandlung des Beschwerdeausschusses; er hat darauf hinzuwirken, dass die Verfahrensregeln beachtet werden und der Sachverhalt ausreichend geklärt wird. Den Verfahrensbeteiligten ist Gelegenheit zur Äußerung – schriftlich oder mündlich - zu geben.

- (3) Bei der internen Beratung und Beschlussfassung des Beschwerdeausschusses dürfen nur anwesend sein:
 - a) Die Mitglieder des Ausschusses
 - b) Mitarbeiter der Prüfungsstelle, die mit der Protokollführung und Ausfertigung des Prüfbescheides betraut sind.
- (4) Über die Sitzungen des Beschwerdeausschusses ist eine Niederschrift anzufertigen, aus der die Namen der Sitzungsteilnehmer, der Gegenstand der Prüfung, die wesentlichen Erklärungen und Feststellungen sowie die getroffenen Entscheidungen hervorgehen müssen. Das Sitzungsprotokoll ist vom Vorsitzenden des Ausschusses und vom Protokollführer zu unterzeichnen. Das Sitzungsprotokoll verbleibt bei den Akten.

§ 19

Entscheidungen der Prüfungsgremien

- (1) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss (Prüfungsgremien) entscheiden darüber, ob die ärztliche Behandlungs- oder Ordnungsweise nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse dem Erfordernis der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit genügt. Sie haben die Prüfung nach den für die jeweilige Prüfungsart bestimmten Grundsätzen und Maßstäben vorzunehmen.
- (2) Bei der Prüfung ist die Gesamttätigkeit des Arztes zu berücksichtigen. Hierbei sind die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung vorliegenden Daten über veranlasste und verordnete Leistungen - gegebenenfalls aus Vorquartalen - beizuziehen. Dies gilt auch für die Angaben über die Häufigkeit der Überweisungen zur Ausführung von Zielaufträgen, der Krankenhauseinweisungen und der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, sobald die Erfassung dieser Daten von den Partnern dieser Vereinbarung durchgeführt wird.
- (3) Stellen die Prüfungsgremien in der Abrechnung Fehler oder Besonderheiten fest, die bei der rechnerischen und sachlichen Überprüfung zu beachten sind, so teilen sie dies der KVH mit. Gegebenenfalls ist das Verfahren bis zur Klärung auszusetzen.
- (4) Ergeben sich aus Anlass eines Prüfungsverfahrens Tatsachen, die die Einleitung von außerhalb des Prüfungsverfahrens liegenden Maßnahmen angezeigt erscheinen lassen, so unterrichten die Prüfungsgremien die KVH und die Verbände über ihre Feststellungen.
- (5) Stellen die Prüfungsgremien in der Abrechnung rechnerische und sachliche Fehler oder sonstige Mängel in einem die Prüfung ausschließenden Umfang fest oder haben sie begründete Zweifel an der Richtigkeit der Abrechnung, so weisen sie die Abrechnung mit entsprechender Begründung an die KVH zurück.

§ 20

Prüfungsbescheid

- (1) Die Prüfungsstelle teilt den am Verfahren Beteiligten ihre Entscheidung in einem schriftlichen Bescheid mit. In diesem Bescheid sind mindestens anzugeben
 - die Bezeichnung der entscheidenden Stelle
 - Name und Anschrift des betroffenen Arztes sowie Arzt-Nr.
 - der Verfügungssatz
 - Angaben zum Prüfungsantrag und zur gewählten Prüfungsart
 - die Darstellung des Sachverhaltes unter Angabe der statistischen Vergleichswerte
 - die Entscheidungsgründe

– die Rechtsbehelfsbelehrung.

- (2) Die schriftlichen Entscheidungsgründe sind unter Berücksichtigung der Bestimmungen des SGB X, SGG und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts abzufassen.

§ 21

Widerspruch gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle

- (1) Gegen einen Bescheid der Prüfungsstelle können der beschwerte Arzt, die betroffenen Verbände bzw. die betroffene Krankenkasse sowie die KVH innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheides Widerspruch erheben. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Prüfungsstelle einzulegen.
- (2) Dem Widerspruchsführer ist der Eingang des Widerspruchs zu bestätigen mit dem Hinweis, dass er bei der Prüfungsstelle Akteneinsicht nehmen kann.
- (3) Der Widerspruch eines Verbandes bzw. einer Krankenkasse gegen einen Prüfungsbescheid wirkt für alle an dieser Vereinbarung beteiligten Verbände bzw. Krankenkassen.
- (4) Widersprüche sollen innerhalb eines Monats nach Ablauf der Widerspruchsfrist schriftlich begründet werden. Der Widerspruchsführer kann bei der Prüfungsstelle während der Dienststunden Einsicht in die Abrechnungsunterlagen und Statistiken nehmen, soweit dies zur Begründung seines Widerspruchs erforderlich ist und datenschutzrechtliche Gründe dem nicht entgegenstehen. Nach Ablauf der Frist nach Satz 1 sind die Akten an den Beschwerdeausschuss weiterzuleiten.
- (5) Widersprüche, Widerspruchsbegründungen, Stellungnahmen und sonstige Anträge sind dem Antragsteller und dem jeweiligen Antragsgegner/Betroffenen innerhalb von zwei Wochen zur Kenntnis zu bringen. Bei von Amts wegen durchgeführten Prüfungen werden die in Satz 1 aufgeführten Unterlagen dem Betroffenen sowie der als federführend benannten Stelle zur Verfügung gestellt.
- (6) Im Widerspruchsfall haben die Krankenkassen auf Anforderung der Prüfungsstelle die zur Prüfung erforderlichen Unterlagen des betreffenden Arztes innerhalb einer Frist von sechs Wochen zur Verfügung zu stellen, sofern diese nicht mehr bei der KVH aufbewahrt werden.

§ 22

Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

- (1) Über Widersprüche entscheidet ohne vorausgehendes Abhilfeverfahren der Beschwerdeausschuss. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren im Sinne von § 78 des Sozialgerichtsgesetzes.
- (2) Richtet sich der Widerspruch gegen die Ergebnisse einer Einzelfallprüfung, sind Gegenstand des Widerspruchsverfahrens nur die im Prüfungsbescheid enthaltenen Beanstandungen. Dies gilt nicht bei einer repräsentativen Einzelfallprüfung.
- (3) Der Beschwerdeausschuss erteilt dem Widerspruchsführer und den anderen Verfahrensbeteiligten über die getroffene Entscheidung innerhalb von 5 Monaten nach Beschlussfassung einen schriftlichen Bescheid. Zusätzlich zu den in § 20 genannten Punkten beinhaltet der Bescheid eine Aufstellung der an der Entscheidung beteiligten Mitglieder des

Beschwerdeausschusses und den Tag der Beschlussfassung. Die Entscheidung ist unter Berücksichtigung der vom Widerspruchsführer gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle erhobenen Einwendungen und des Vorbringens der übrigen Verfahrensbeteiligten zu begründen und vom Vorsitzenden oder im Falle seiner Verhinderung durch dessen Stellvertreter oder von einem anderen Mitglied des Beschwerdeausschusses zu unterzeichnen. Der Widerspruchsbescheid ist mit einer Belehrung über die Zulässigkeit der Klage, die einzuhaltende Klagefrist, den Sitz und die Anschrift des zuständigen Sozialgerichts zu versehen und dem Arzt mit Zustellungsurkunde sowie den übrigen Verfahrensbeteiligten gegen Empfangsbekanntnis zuzustellen.

- (4) Über eine anderweitige Erledigung des Widerspruchsverfahrens, insbesondere durch Rücknahme des Widerspruchs erhalten die Verfahrensbeteiligten eine formlose Nachricht.
- (5) Der Beschwerdeausschuss kann den Verfahrensbeteiligten das Ergebnis der Widerspruchsverhandlung auch formlos vorab mitteilen und ihnen Gelegenheit geben, das Verhandlungsergebnis unter Verzicht auf die förmliche Zustellung eines Bescheides als verbindlich anzuerkennen.
- (6) Im sozialgerichtlichen Verfahren wird der Beschwerdeausschuss durch den Vorsitzenden vertreten. Für die Wahrnehmung von Gerichtsterminen kann der Vorsitzende Vollmacht erteilen.

§ 23

Sonstige Verfahren

Soweit nicht durch Gesetz – insbesondere § 264 SGB V - oder Vertrag etwas anderes ausdrücklich geregelt ist, sind die Prüfungsgremien auch zuständig für die Bearbeitung von Verfahren sonstiger Krankenkassen und Sozialleistungsträger, die die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Behandlungs- und Verordnungsweise betreffen.

Abschnitt IV Beratung/Information

§ 24

Beratung

Die im Rahmen des Sozialgesetzbuches V, insbesondere in § 106 I a SGB V vorgesehenen Beratungen, werden in Anlage 6 geregelt.

§ 25

Schriftliche Information der Ärzte über die Höhe ihrer Verordnungs-kosten

Zur Unterstützung im Arznei- und Heilmittelbereich ist die quartalsmäßige arztbezogene Frühinformation der GKV-Arzneimittelschnellinformation (GAmSi Arzt) und des GKV-Heilmittelinformationssystems (GKV-HIS Arzt) heranzuziehen.

Abschnitt V Sonstige Regelungen

§ 26

Sozialgeheimnis und Geheimhaltungspflicht

- (1) Die Prüfungsstelle ist für den Daten- und Geheimnisschutz in der Wirtschaftlichkeitsprüfung verantwortlich. Während der Sitzungen des Beschwerdeausschusses trägt diese Verantwortung der Ausschussvorsitzende für diejenigen Unterlagen, die dem Ausschuss überlassen bzw. vom Ausschuss beigezogen wurden.
- (2) Die Ausschussmitglieder, Referenten und die Mitarbeiter der Prüfungsstelle haben die einschlägigen Richtlinien zum Datenschutz und zur Geheimhaltungspflicht zu beachten, soweit es um patienten- oder arztbezogene Abrechnungsunterlagen mit datengeschütztem Inhalt geht.
- (3) Bei der Prüfung einzelner Behandlungsfälle ist darauf zu achten, dass die Versicherten- und Arztangaben in den Bescheiden an die Verfahrensbeteiligten so verschlüsselt werden, dass sie nur für den betroffenen Arzt, die KVH und die zuständige Krankenkasse individualisierbar sind.

§ 27

Vollzug von Prüfungsentscheidungen

- (1) Honorarkürzungen sind nach Entscheidung durch die Prüfungsstelle bzw.- im Falle eines Widerspruches- nach Entscheidung durch den Beschwerdeausschuss zu vollziehen und bei der Berechnung des Honoraranspruches für das betroffene Abrechnungsquartal zu berücksichtigen.
Es gelten § 52 Abs. 2 BMV-Ärzte bzw. § 48 Abs. 2 EKV. Bleibt die Einziehung erfolglos, tritt die KV die Forderung ab und übermittelt die zuletzt bekannte Privatanschrift des Arztes.
- (2) Die Buchung von Regressen und der sonstigen, von den Prüfungsgremien festgestellten Schadensersatzansprüche der Krankenkassen erfolgt erst nach dem rechtskräftigen Abschluss des Prüfungsverfahrens auf Basis des den Krankenkassen rechtzeitig bekanntgegebenen, zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Verteilungsschlüssels.
- (3) Die Buchung von Regressen aus Richtgrößenprüfungen ist nach Entscheidung durch die Prüfungsstelle bzw. im Falle eines Widerspruchs nach Entscheidung durch den Beschwerdeausschuss zu vollziehen.
- (4) Maßnahmen der Prüfungsgremien, die nicht bei der Formblattabrechnung für das entsprechende Quartal berücksichtigt werden konnten, werden im Abrechnungsverkehr zwischen der KVH und den Krankenkassen nur dann vollzogen, wenn der Kürzungs- oder Regressbetrag je Kassenarzt, Krankenkasse und Quartal mehr als € 25,- beträgt.
Die Aufteilung eines rechtskräftig festgesetzten Regresses erfolgt ausschließlich unter den Krankenkassen, die in den jeweiligen Prüfverfahren die notwendigen Prüfunterlagen/Daten zur Verfügung gestellt haben.

§ 28

Vollstreckung

- (1) Für die Vollstreckung bestandskräftiger Bescheide der Prüfungsgremien gelten § 66 Abs. 3 und § 4 SGB X sowie das Hessische Verwaltungsvollstreckungsgesetz. Die Vollstreckungsklausel erteilt die Prüfungsstelle.
- (2) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit oder bei Kenntnis von der Einleitung eines Insolvenzverfahrens ist festzustellen, ob bei den Prüfungsgremien oder Sozialgerichten noch Verfahren anhängig sind, aus denen sich Rückforderungen der KVH oder Erstattungsansprüche der Krankenkassen ergeben können. Ist dies der Fall, so kann die KVH die Auszahlung weiterer Honorare in Höhe der geltend gemachten Gegenforderungen bis zum rechtskräftigen Abschluss der anhängigen Verfahren von einer Sicherheitsleistung abhängig machen.
- (3) Die Abführung von rechtskräftig festgesetzten Kürzungs- und Regressbeträgen an die Krankenkassen richtet sich nach den Bundesmantelverträgen i. V. m. den ergänzenden Bestimmungen der Gesamtverträge.

§ 29

Kosten der Prüfungsgremien

Einzelheiten sind in Anlage 7 geregelt.

§ 30

Ergänzende Anwendung von gesetzlichen Vorschriften

Soweit in dieser Prüfungsvereinbarung keine besonderen Regelungen getroffen sind, gelten für das Verfahren vor den Ausschüssen die einschlägigen Vorschriften des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X) sowie des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und des Verwaltungszustellungsgesetzes (VwZG). Dies gilt insbesondere für

- Bevollmächtigte und Beistände (§ 13 SGB X),
- die von der Tätigkeit in den Prüfungseinrichtungen ausgeschlossenen Personen (§ 16 SGB X),
- die Besorgnis der Befangenheit (§ 17 SGB X),
- die Anhörung Beteiligter (§ 24 SGB X),
- die Akteneinsicht durch Beteiligte (§ 25 SGB X)
- Fristen und Termine (§ 26 SGB X),
- Wiedereinsetzung in den vorigen Stand (§ 67 SGG),
- Erstattung von Kosten im Vorverfahren (§ 63 SGB X),
- Rechtsbehelfsbelehrung (§§ 66, 84 (1) SGG),
- Zustellungen (VwZG).

§ 31

Salvatorische Klausel

- (1) Sollten Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzt, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.
- (2) Erweist sich die Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Abschnitt VI Inkrafttreten/Kündigung

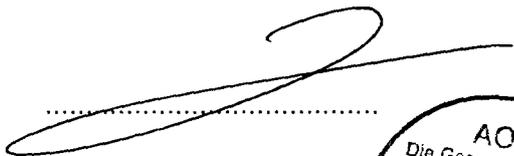
§ 32

Inkrafttreten, Übergangsregelung und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung vom 01.01.2008 in Kraft.
- (2) Diese Vereinbarung kann von der KVH oder von den Verbänden gemeinsam mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31.12.2009, gekündigt werden. Eine teilweise Kündigung der Vereinbarung ist zulässig. Der Kündigungsempfänger kann jedoch in diesem Falle mit einer Frist von einem Monat nach Zugang der Kündigung die Prüfvereinbarung ganz oder teilweise zum gleichen Termin gegenkündigen.

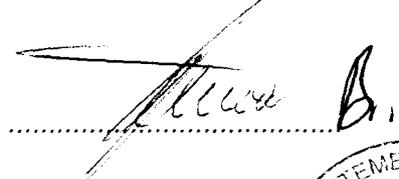
Bad Homburg, Frankfurt am Main, Kassel, Wiesbaden, den 12.06.2008

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN


.....
AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN




BKK LANDESVERBAND HESSEN


.....
IKK BADEN-WÜRTTEMBERG UND HESSEN



LANDWIRTSCHAFTLICHE KRANKENKASSE HESSEN,
RHEINLAND-PFALZ UND SAARLAND

In Vertretung

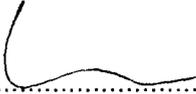
.....



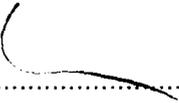
KNAPPSCHAFT, VERWALTUNGSSTELLE FRANKFURT



VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E.V.
- DER LEITER DER LANDESVERTRETUNG HESSEN -



AEV – ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E.V.
- DER LEITER DER LANDESVERTRETUNG HESSEN -



Anlage 1

zur Prüfvereinbarung gem. § 106 Abs. 3 SGB V vom 12.06.2008

Vereinbarung über die Errichtung einer gemeinsamen Prüfungsstelle und eines gemeinsamen Beschwerdeausschusses gemäß § 106 Abs. 4 SGB V

§ 1

Die Vertragspartner bilden bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss.

§ 2

Sitz des Beschwerdeausschusses ist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen – Landesstelle.

§ 3

Sitz der Prüfungsstelle ist die KV Hessen. Für die Prüfungsstelle können Organisationseinheiten gebildet werden. Näheres zu den Organisationseinheiten regelt der Beirat „Wirtschaftlichkeitsprüfung“.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen stellt das Personal der Prüfungsstelle. Näheres regeln die Vertragspartner gesondert.

§ 4

Die Kosten der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses werden gemäß den gesetzlichen Bestimmungen von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte getragen.

Gemäß § 106 Abs. 4a SGB V beschließen die Vertragspartner den Haushalt der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses. Werden darüber hinaus weitere Mittel benötigt, setzt dies die Zustimmung der Vertragspartner voraus.

Die Kosten des Beschwerdeausschusses sowie der Prüfungsstelle werden durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen gesondert erfasst.

§ 5

Die Vertragspartner benennen die in § 106 Abs. 4 Satz 2 SGB V vorgesehenen Vertreter im Beschwerdeausschuss sowie deren Stellvertreter in ausreichender Zahl.

§ 6

Die Vertragspartner einigen sich über einen Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses sowie Stellvertreter in ausreichender Zahl.

§ 7

Näheres zu Aufgaben und Entschädigung des Vorsitzenden und seiner Stellvertreter regelt die Anlage 2 zur Prüfvereinbarung.

§ 8

(1) Die Vertragspartner bilden zur fachlichen und operativen Unterstützung der Prüfaktivitäten einen Beirat „Wirtschaftlichkeitsprüfung“. Dieser hat keinen Prüfungsauftrag. Er besteht aus vier Vertretern der KVH und vier Vertretern der Verbände der Krankenkassen / Krankenkassen (jeweils ein Vertreter der Kassenarten AOK, BKK, Ersatzkassen, IKK). Darüber hinaus ist eine ausreichende Anzahl von Stellvertretern zu benennen. Der Beirat wählt alternierend aus den Vertretern der Verbände der Krankenkassen / Krankenkassen oder der KVH einen Sitzungsleiter; die Sitzungsleitung wechselt kalenderjährlich zwischen Kassenseite und KVH. Die Sitzungsleitung liegt im Jahr 2008 auf Seiten der Krankenkassen.

Der Leiter der Prüfungsstelle oder dessen Stellvertreter nimmt beratend an den Sitzungen teil. Er führt das Protokoll.

- (2) Die Prüfungsstelle berichtet dem Beirat regelmäßig, mindestens halbjährlich über Tatbestände von grundsätzlicher Bedeutung (standardisierter Tätigkeitsbericht). Hierzu gehört insbesondere das Ergebnis aufsichtsrechtlicher Prüfung, die Abstimmung über Organisations- und Ablaufplan sowie der Entwurf eines Haushaltsplans.
- (3) Die Prüfungsstelle erstellt für die jeweiligen Sitzungen eine Tagesordnung und versendet die Beratungsunterlagen mit den jeweiligen Beschlussvorschlägen bis spätestens 14 Tage vor der Sitzung. Über die Sitzung ist eine Niederschrift zu fertigen und allen Vertragspartnern zur Verfügung zu stellen.
- (4) Der Beirat tagt auf Antrag der KVH oder der Verbände der Krankenkassen / Krankenkassen, mindestens jedoch einmal jährlich.
- (5) Beschlüsse des Beirates werden grundsätzlich in den Sitzungen gefasst, im Fall besonderer Dringlichkeit auch im schriftlichen Umlaufverfahren, sofern kein Beiratsmitglied widerspricht. Der Beirat trifft seine Entscheidungen einstimmig. Wird keine Einstimmigkeit erreicht, trägt der Sitzungsleiter den Sachverhalt unverzüglich den Vertragspartnern zur Entscheidung an.

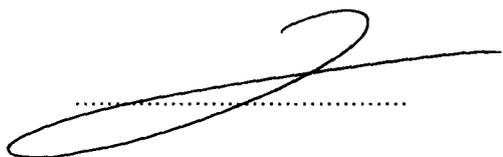
§ 9

Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung vom 01. Januar 2008 in Kraft.

Diese Vereinbarung kann von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder den Verbänden gemeinsam unabhängig von der Prüfvereinbarung mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31. Dezember 2009, gekündigt werden.

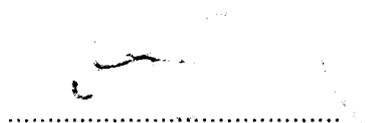
Bad Homburg, Frankfurt am Main, Kassel, Wiesbaden, den 12.06.2008

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

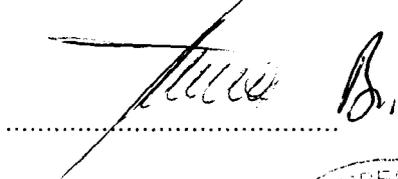




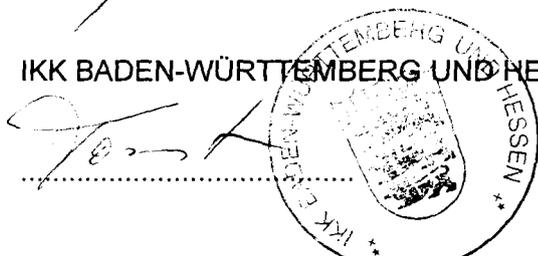
AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN



BKK LANDESVERBAND HESSEN



IKK BADEN-WÜRTTEMBERG UND HESSEN

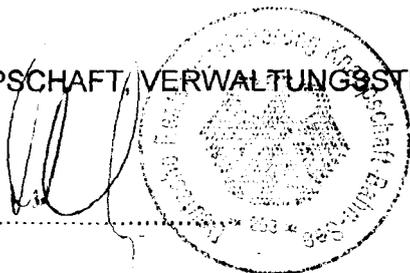


LANDWIRTSCHAFTLICHE KRANKENKASSE HESSEN,
RHEINLAND-PFALZ UND SAARLAND

In Vertretung




KNAPPSCHAFT VERWALTUNGSSTELLE FRANKFURT



VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E.V.
- DER LEITER DER LANDESVERTRETUNG HESSEN -

A handwritten signature in black ink is written above a horizontal dotted line.

AEV – ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E.V.
- DER LEITER DER LANDESVERTRETUNG HESSEN -

A handwritten signature in black ink is written above a horizontal dotted line.

Anlage 2

zur Prüfvereinbarung gem. §106 Abs. 3 SGB V vom 12.06.2008

Aufgaben und Entschädigung der Vorsitzenden und deren Stellvertreter

Die Anlage regelt Detailfragen zu den Aufgaben und der Entschädigung des Vorsitzenden und seiner Stellvertreter.

I) Aufgaben

Die Aufgaben des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses sowie seiner Stellvertreter richten sich nach § 106 SGB V sowie nach der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung (WiPrüfVO) in der jeweils geltenden Fassung.

II) Entschädigung

Der Vorsitzende und seine Stellvertreter erhalten eine der Bedeutung der Aufgaben und dem zu erwartenden Aufwand angemessene Entschädigung, die sich aus einem Grundbetrag sowie einem sitzungsbezogenen Pauschalbetrag zusammensetzt. Mit dieser Entschädigung ist auch die Vor- und Nacharbeit von Sitzungen abgegolten. Der Vorsitzende und seine Stellvertreter erhalten eine monatliche Grundpauschale von € 1250,-- sowie einen sitzungsbezogenen Pauschalbetrag je Sitzung von € 300,--.

II) Reisekosten

Der Vorsitzende und seine Stellvertreter erhalten Reisekosten in Anlehnung an die Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamten des Landes nach der jeweils höchsten Reisekostenstufe.

Anlage 3

zur Prüfvereinbarung gem. §106 Abs. 3 SGB V vom 12.06.2008

**Inhalt, Erstellung und Austausch von Abrechnungs-
unterlagen, Verordnungskosteninformationen und
statistischen Unterlagen**

**Als Anlage 3 zur Prüfvereinbarung vom 12.06.2008 dient die am 03.07.2007
geschlossene Anlage 3 zur Prüfvereinbarung vom 19.08.2004.**

Anlage 4/I
zur Prüfvereinbarung gem. §106 Abs. 3 SGB V vom 12.06.2008

Richtgrößenvereinbarung/Heilmittel

- wird noch eingefügt -

Anlage 4/II
zur Prüfvereinbarung gem. § 106 Abs. 3 SGB V vom 12.06.2008

Richtgrößenvereinbarung/Arznei- und Verbandmittel

Als Anlage 4/II zur Prüfvereinbarung vom 12.06.2008 dient die am 04.07.2007 geschlossene Anlage 4/II zur Prüfvereinbarung vom 19.08.2004.

Anlage 5
zur Prüfvereinbarung gem. §106 Abs. 3 SGB V vom 12.06.2008

Stichprobenprüfung

- zur Zeit unbesetzt -

Anlage 6

zur Prüfvereinbarung gem. §106 Abs. 3 SGB V vom 12.06.2008

Beratung gem. § 24 Prüfvereinbarung

§ 1

Gegenstand und Ziel der Beratung

Die gezielte Beratung der Ärzte, die nach § 106 Abs. 5 SGB V weiteren Prüfmaßnahmen in der Regel vorangehen soll, dient dem Zweck, die Ordnungsweise der Ärzte im Sinne der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses positiv zu beeinflussen.

§ 2

Inhalte der Beratung

Inhalte der Beratung sind insbesondere:

- Qualitative Bewertung von Arzneimitteltherapien
- Evidenz-basierter Einsatz von Arzneimitteln
- Bewertung therapeutischer Alternativen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
- Informationen zu Inhalt und Umsetzung der Arzneimittelrichtlinien
- Information zu Arzneimittelwechselwirkungen
- Polypragmasie und Mengenkontrolle
- Altersspezifische Arzneimitteltherapie
- Einsparpotenziale 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

Bei Bedarf können auch entsprechende Beratungen im Heilmittelbereich durchgeführt werden. Inhalte der diesbezüglichen Beratung sind insbesondere:

- 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 Einzelfalls innerhalb des Regelfalls
- Informationen zur Einhaltung behandlungsfreier Intervallen
- über die Notwendigkeit einer zwingend durchzuführenden störungsbildabhängigen Diagnostik innerhalb und außerhalb des Regelfalls
- Qualitative Bewertung der veranlassten Heilmitteltherapie
- Bewertung therapeutischer Alternativen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
- Informationen zu Inhalt und Umsetzung der Heilmittel-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung
- Einsparpotenziale durch Preisvergleich bei der Wahl des Heilmittels bei gleicher Diagnose/Indikation

- Abwägung einer Heilmittelverordnung insb. unter Beachtung der Vorschriften unter Pkt. 13, 16.2, 16.3 der Heilmittel-Richtlinien sowie deren Anlagen
- Abwägung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung

§ 3

Durchführung der Beratung

- (1) Die Prüfungsgremien beschließen in erforderlichen Fällen eine Beratung der Ärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung. Sie können die Beratung auch auf einzelne Mitglieder des Prüfungsgremiums delegieren. Qualifizierte Berater können an der Durchführung der Beratung beteiligt werden.
- (2) Zur Abwendung eines Prüfverfahrens kann der Arzt um eine solche Beratung auch selbst nachsuchen und beantragen, das Prüfungsverfahren einstweilen auszusetzen. Das Prüfungsgremium entscheidet hierüber im Einvernehmen mit den Beteiligten des Prüfverfahrens. Die Beratung soll innerhalb von 4 Wochen nach Entscheidung des Gremiums erfolgen. Das Gremium trifft seine abschließende Entscheidung aufgrund der Auswirkung der Beratung. Abs. 1 gilt entsprechend.
- (3) Grundlage der Beratung sind insbesondere Übersichten über die von den Ärzten im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen.
- (4) Über den Inhalt und die Ergebnisse der Beratung wird ein Kurzprotokoll erstellt, das den Vertragspartnern zugeht.

Anlage 7

zur Prüfvereinbarung gem. §106 Abs. 3 SGB V vom 12.06.2008

Kosten der Prüfungseinrichtungen

Der jeweils aktuell beschlossene Haushalt der Prüfungsstelle stellt den Inhalt der Anlage 7 dar.