

Prüfvereinbarung

zum Zwecke der Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung

zwischen



der Kassennärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Isaac-Fulda-Allee 14, 55124 Mainz

- nachfolgend „KV“ genannt -

und



der AOK Rheinland-Pfalz, Eisenberg



dem BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz



der IKK Südwest Plus, Mainz



der LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, Speyer,
zugleich auch handelnd als Landesverband für die



Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel

den Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz

Barmer Ersatzkasse
Techniker Krankenkasse
Deutsche Angestellten-Krankenkasse
KKH-Allianz
Gmünder ErsatzKasse - GEK
HEK – Hanseatische Krankenkasse
Hamburg Münchener Krankenkasse
hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

- vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Rheinland-Pfalz -, Mainz



KNAPPSCHAFT

der Knappschaft – Regionaldirektion Saarbrücken

- nachfolgend „Verbände“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

Erster Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

- § 1 Gegenstand und Geltungsbereich
- § 2 Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss
- § 3 Unparteiischer Vorsitzender
- § 4 Beschlussfassung des Beschwerdeausschusses
- § 5 Aufgaben, Personal und Kosten der Prüfungsstelle

Zweiter Abschnitt

Aufgaben der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses

- § 6 Aufgaben der Prüfungsstelle
- § 7 Aufgaben des unparteiischen Vorsitzenden und seiner Stellvertreter
- § 8 Aufgaben des Beschwerdeausschusses
- § 9 Mitwirkungspflicht des Vertragsarztes

Dritter Abschnitt

Prüfarten

- § 10 Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- § 11 Auffälligkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen (Richtgrößenprüfung)
- § 12 Zufälligkeitsprüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen
- § 13 Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten
- § 14 Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten

Vierter Abschnitt

Datenzusammenführung Honorar und Verordnungsweise

- § 15 Verfahren zur Datenaufbereitung

Fünfter Abschnitt

Anträge, Prüfung von "Amts wegen", Sonstiger Schaden,

Prüfakte / Spiegelkartei

- § 16 Antragsrecht
- § 17 Prüfung von "Amts wegen"

§ 18 Antragsfristen

§ 19 Prüfsakte und Spiegelkartei

Sechster Abschnitt

Verfahren vor der Prüfungsstelle

§ 20 Vorbereitung, Sachaufklärung, Beweiserhebung

§ 21 Information des Vertragsarztes und der Verbände

§ 22 Stellungnahmen zum Verfahren

Siebter Abschnitt

Verfahren und Durchführung der Prüfung

§ 23 Entscheidung der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses

§ 24 Maßnahmen

§ 25 Protokolle und Bescheide

Achter Abschnitt

Widerspruchsverfahren

§ 26 Widerspruch gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle

§ 27 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

Neunter Abschnitt

Vertretung in Gerichtsverfahren

§ 28 Vertretung in Gerichtsverfahren

Zehnter Abschnitt

Schlussvorschriften

§ 29 Inkrafttreten, Kündigung

Anlage 1 a) Richtgrößenvereinbarung

Anlage 1 b) Praxisbesonderheiten bei Arznei- und Verbandmitteln

Anlage 1 c) Praxisbesonderheiten bei Heilmitteln

Anlage 2 Datenträgeraustauschvertrag

Anlage 3 Beratung gemäß § 6 Absatz 3 der Prüfvereinbarung

Anlage 4 EDV – Arbeitskreis

Präambel

Mit der vorliegenden Prüfvereinbarung vereinbaren die KV und die Verbände Inhalt und Durchführung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung.

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

Der Inhalt dieser Prüfvereinbarung beruht auf § 106 SGB V in der Fassung des „Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG)“ sowie auf dem Inhalt der „Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerausschüsse nach § 106 Abs. 4a SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung – WiPrüfVO)“ in der jeweils gültigen Fassung.

Erster Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

§1

Gegenstand und Geltungsbereich

(1) Diese Prüfvereinbarung regelt gemäß § 106 Abs. 3 Satz 1 SGB V die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung. Die Prüfvereinbarung findet Anwendung für die vertragsärztliche Tätigkeit der im Bereich der KV zugelassenen Ärzte (Vertragsärzte), psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ermächtigten Ärzte, ermächtigten psychologischen Psychotherapeuten, ermächtigten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie die Medizinischen Versorgungszentren gemäß § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V einschließlich der dort angestellten Ärzte.

Ferner gilt die Vereinbarung für die Prüfung der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen sowie der belegärztlichen Leistungen (§ 106 Abs. 6 SGB V). Soweit in der Prüfvereinbarung von Vertragsärzten die Rede ist, finden die jeweiligen Vorschriften entsprechende Anwendung für alle zuvor genannten Ärzte, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Einrichtungen bzw. der von diesen erbrachten Leistungen.

(2) Entsprechend § 106 SGB V erfolgt die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Regelungen dieser Vereinbarung durch die Krankenkassen und die KV. Die Krankenkassen und ihre Verbände können ihre Aufgaben, Rechte und Pflichten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ganz oder teilweise an kassenartinterne oder kassenartübergreifende Institutionen und an hierfür gebildete Arbeitsgemeinschaften delegieren. Die KV ist von einer solchen Delegation und über ihren Umfang zu unterrichten.

(3) Die Prüfverfahren werden gemäß § 106 SGB V von Amtswegen oder auf Antrag der KV, einer Krankenkasse, eines Verbandes oder einer von den Krankenkassen beauftragten Stelle eingeleitet.

(4) Die Vereinbarung gilt für die im Rubrum genannten Vereinbarungspartner sowie die von ihnen vertretenen Krankenkassen. Mit Wirkung ab 01.07.2008 gelten als Vereinbarungspartner die KV und die Verbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen.

Im nachfolgenden Vertragstext wird auf einen jeweils erneuten Hinweis bezüglich der neuen Organisationsstruktur der Verbände ab 01.07.2008 verzichtet.

§ 2 Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss

(1) Gemäß § 106 Abs. 4 Satz 1 SGB V bilden die Vereinbarungspartner zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss.

(2) Der Beschwerdeausschuss ist mit jeweils 3 Vertretern der KV und der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden besetzt. Die Vertreter der KV werden vom Vorstand, die der Krankenkassen von den Verbänden bestellt. Für den Vorsitzenden sowie die Vertreter der KV und der Krankenkassen sind Stellvertreter in ausreichender Anzahl zu bestellen. Um eine zeitnahe Bearbeitung der Prüfverfahren zu gewährleisten, kann der Ausschuss in Kammern gegliedert werden.

(3) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle ausschließlich organisatorisch unterstützt.

(4) Über die Errichtung, den Sitz und über den Leiter der Prüfungsstelle einigen sich die KV und die Verbände.

(5) Beschwerdeausschussmitglieder und deren Stellvertreter sind bei der Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden. Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle sowie alle Mitwirkenden sind (auch nach dem Ausscheiden aus dem Amt) zur Verschwiegenheit über alle Umstände verpflichtet, die ihnen aus der Teilnahme an einem Prüfverfahren oder in ihrer Eigenschaft als Ausschussmitglieder zur Kenntnis kommen. Sie haben insbesondere über den Hergang der Beratung sowie über die Person des an einem Prüfverfahren beteiligten Vertragsarztes Stillschweigen zu bewahren. Eine Bekanntgabe des Ergebnisses gegenüber den entsendenden Körperschaften, ggf. auch gegenüber einzelnen Krankenkassen oder dem betroffenen Arzt, ist davon ausgenommen. Die Verbände und die KV verpflichten die von ihnen bestellten Vertreter zur Einhaltung der einschlägigen Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht.

(6) Die Amtsdauer des Beschwerdeausschusses beträgt zwei Jahre. Sie beginnt erstmalig am 01.01.2008 und endet am 31.12.2009. Die Mitglieder des Ausschusses bleiben nach Ablauf der Amtsperiode solange im Amt, bis ihre Nachfolger bestellt sind.

(7) Unbeschadet des Absatzes (6) haben die KV und die Verbände das Recht, entsprechend den für sie geltenden Vorschriften, die jeweils von ihnen entsandten Mitglieder von ihrem Amt zu entbinden. Die anderen Vereinbarungspartner sind hiervon zu unterrichten.

(8) Wer in Verfahren im Prüfungsausschuss nach der bis zum 31.12.2007 geltenden Prüfvereinbarung als Vorsitzender oder Mitglied tätig geworden ist, kann nicht in gleicher Sache im Beschwerdeausschuss nach dieser Vereinbarung als Mitglied tätig sein. Ein Mitglied darf bei der Prüfung seiner eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit sowie der eines Angehörigen im Sinne des § 16 Abs. 5 SGB X nicht mitwirken. Satz 2 gilt entsprechend, wenn ein ärztliches Ausschussmitglied mit einem von dem Prüfverfahren betroffenen Vertragsarzt in einer Gemeinschaftspraxis, in einer Praxisgemeinschaft oder in einem MVZ zusammengeschlossen ist. Eine Labor- oder Apparategemeinschaft gilt in diesem Sinne nicht als Praxisgemeinschaft.

(9) Zu Einarbeitungszwecken dürfen Personen der Vereinbarungspartner oder der Prüfungsstelle nach mehrheitlicher Zustimmung des Beschwerdeausschusses an der Sitzung teilnehmen.

(10) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses haben Anspruch auf Entschädigungen. Die dadurch entstehenden Kosten tragen die KV und die Krankenkassen oder die Verbände der Krankenkassen für die von ihnen entsandten Vertreter selbst.

§ 3 Unparteiischer Vorsitzender

(1) Die Vereinbarungspartner verständigen sich auf einen unparteiischen Vorsitzenden sowie eine ausreichende Anzahl von Stellvertretern für den Beschwerdeausschuss bzw. der jeweiligen Kammern. Kommt eine Einigung nicht zustande, beruft die Aufsichtsbehörde nach § 106 Abs. 7 SGB V im Benehmen mit der KV und den Verbänden den Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitzende und dessen Stellvertreter sollen entsprechende Fachkenntnisse besitzen.

(2) Der Vorsitzende und sein 1. Stellvertreter erhalten eine Entschädigung gemäß der zwischen den Vereinbarungspartnern abgestimmten Kostenregelung nach Anlage 1 der Vereinbarung für die gemeinsame Prüfungsstelle und den gemeinsamen Beschwerdeausschuss nach § 106 SGB V.

(3) Der Vorsitzende und seine Stellvertreter erhalten die in der Kostenregelung nach Anlage 1 der Vereinbarung für die gemeinsame Prüfungsstelle und den gemeinsamen Beschwerdeausschuss pro Beschwerdeausschuss-Sitzung festgelegte Sitzungspauschale. Außerdem erhalten sie Reisekosten in Anlehnung an die Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamten des Landes Rheinland-Pfalz nach der jeweils höchsten Reisekostenstufe.

(4) Der unparteiische Vorsitzende und dessen Stellvertreter können aus wichtigem Grund abberufen werden. Das Nähere regelt § 3 Abs. 2 WiPrüfVO.

§ 4 Beschlussfassung des Beschwerdeausschusses

(1) Die Sitzungen des Beschwerdeausschusses sind nicht öffentlich.

(2) Nach Erörterung des Sachverhalts trifft der Beschwerdeausschuss seine Entscheidung in geheimer Beratung. Er ist beschlussfähig, wenn der unparteiische Vorsitzende und mindestens jeweils 2 Vertreter der KV und der Krankenkassen anwesend sind. Kann eine Sitzung wegen fehlender Beschlussfähigkeit nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden, kann nach erneuter Ladung mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder entschieden werden. Bei der Beschlussfassung dürfen außer der Protokollführung nur Mitglieder des Ausschusses anwesend sein. Der Ausschuss beschließt mit Stimmenmehrheit; Stimmenthaltungen sind nicht zulässig. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

§ 5 Aufgaben, Personal und Kosten der Prüfungsstelle

(1) Die Prüfungsstelle entscheidet, ob der Vertragsarzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind; dabei sollen gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen.

(2) Die Prüfungsstelle bereitet die für die Prüfungen des Beschwerdeausschusses erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf.

(3) Zu den Aufgaben der Prüfungsstelle gehört es außerdem

1. die Prüfsakten zu führen,
2. ein laufendes Verzeichnis über die eröffneten Prüfungsverfahren, den Verfahrensstand, Widersprüche, Klageverfahren und deren Ergebnisse zu führen,
3. die Einnahmen- und Ausgabenübersicht und den Rechenschaftsbericht nach § 4 Abs. 4 WiPrüfVO vorzubereiten und
4. für jedes Kalenderjahr für Zwecke des § 106 Abs. 7 Sätze 2 und 3 des SGB V einen Bericht über die Anzahl der eröffneten und abgeschlossenen Beratungen, Prüfungen sowie der festgesetzten Maßnahmen zu erstellen. Dieser Bericht ist bis zum 15. Februar des Folgejahres den Vereinbarungspartnern vorzulegen.

(4) Die Prüfungsstelle unterstützt den Beschwerdeausschuss organisatorisch bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte; hierzu gehören

1. im Auftrag des Vorsitzenden mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu Sitzungen des Beschwerdeausschusses zu laden,
2. das Protokoll der Sitzungen zu führen,
3. die Entwürfe der Niederschriften und Entwürfe der Bescheide zu erstellen,
4. Stellungnahmen zu Verfahren, Widersprüche, Niederschriften und Bescheide sowie die Sitzungsprotokolle zu versenden.

(5) Zu den weiteren Aufgaben der Prüfungsstelle gehören:

1. die für die Prüfung von den Vereinbarungspartnern gelieferten Daten zusammenzuführen, soweit erforderlich Statistiken zu erstellen und den Vereinbarungspartnern zu übermitteln,
2. zur Honorarverrechnung mit dem Vertragsarzt folgende Aufgaben zu übernehmen:

Nach Vorliegen eines bestandskräftigen Bescheides der Prüfungsstelle informiert diese die KV und die Verbände anteilig je Krankenkasse über

- a. den Prüfungszeitraum,
- b. die lebenslange Arztnummer / Betriebsstättennummer und
- c. den Regressbetrag

unter Ausweis der einzelnen Leistungsbereiche (Honorar, Verordnungsweise). Im Falle der Anrufung des Beschwerdeausschusses erfolgt die Information gemäß Satz 1 unverzüglich nach Vorliegen des Bescheides des Beschwerdeausschusses.

3. Das Führen eines Verzeichnisses der Mitglieder und Stellvertreter des Beschwerdeausschusses sowie der Kammern und die Weiterleitung an die Vereinbarungspartner. Aktualisierungen sind zeitnah mitzuteilen.

(6) Die Prüfungsstelle erstellt für jedes Kalenderjahr einen Haushaltsplanentwurf und legt diesen dem Arbeitsausschuss bis spätestens 30. September vor. Der Haushaltsplan ist so zu gestalten, dass Nachtragshaushalte möglichst vermieden werden.

(7) Die mit der Tätigkeit des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und seiner Stellvertreter verbundenen Kosten nach § 2 der WiPrüVO sowie die Kosten der Prüfungsstelle tragen die KV und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte; dies gilt auch für die Kosten aus Rechtsbehelfs- oder Rechtsmittelverfahren, der Beauftragung Dritter sowie Prüfungen nach § 274 SGB V. Näheres hierzu regeln die Vereinbarungspartner in einer gesonderten Vereinbarung.

Zweiter Abschnitt

Aufgaben der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses

§ 6

Aufgaben der Prüfungsstelle

(1) Die Prüfungsstelle entscheidet über die Wirtschaftlichkeit

- a) der Behandlungsweise und
- b) der Verordnungsweise.

(2) Die Prüfungsstelle stellt auch einen Sonstigen Schaden im Sinne der Rechtsprechung fest.

(3) Die Prüfungsstelle berät die Vertragsärzte gemäß § 106 Abs.1 a SGB V in erforderlichen Fällen auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum über die von ihnen erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung. Die Beratung der Vertragsärzte für den Arzneimittelbereich erfolgt nach den Regelungen der Anlage 3.

§ 7

Aufgaben des unparteiischen Vorsitzenden und seiner Stellvertreter

(1) Der Vorsitzende ist für die Durchführung der Aufgaben des Ausschusses verantwortlich. Er führt die laufenden Geschäfte des Ausschusses und bedient sich hierzu der Prüfungsstelle.

(2) Der unparteiische Vorsitzende und seine Stellvertreter haben

1. die Sitzungstermine im Benehmen mit den Ausschussmitgliedern festzusetzen,
2. soweit erforderlich, unabhängige Sachverständige mit der Erstellung von Gutachten zu beauftragen,
3. die Entscheidung vorzubereiten einschl. der Anforderung von Angaben und Beweismitteln von den Beteiligten sowie der Zustellung von Anträgen und Schriftsätzen an die Beteiligten,
4. die Sitzungen zu leiten

(3) Der unparteiische Vorsitzende oder sein 1. Stellvertreter vertritt den Ausschuss gerichtlich und außergerichtlich.

§ 8 Aufgaben des Beschwerdeausschusses

Der Beschwerdeausschuss entscheidet über Widersprüche der betroffenen Vertragsärzte, der Krankenkasse, der betroffenen Verbände der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle nach Maßgabe der Bestimmungen des achten Abschnittes dieser Vereinbarung.

§ 9 Mitwirkungspflicht des Vertragsarztes

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss auf Anforderung die zur Durchführung des Prüfverfahrens erforderlichen Unterlagen vorzulegen oder zu übersenden und die für das Prüfverfahren erbetenen Auskünfte zu erteilen.

Dritter Abschnitt Prüfarten

§ 10 Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung),
2. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben (Zufälligkeitsprüfung),
3. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten.

(2) Die Wirtschaftlichkeit kann auch, soweit durch Gesetz und Rechtsprechung zugelassen, durch arztbezogene Prüfung im Einzelfall für ärztliche Leistungen und Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln geprüft werden; dies gilt als Vereinbarung der Einzelfallprüfung nach § 106 Abs. 3 SGB V. Sie umfasst auch die Zulässigkeit der einzelnen Verordnungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen, insbesondere den jeweils geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(3) Für den Fall, dass weder die gesetzlich vorgesehenen noch die vereinbarten Prüfungsarten zur Durchführung einer sachgerechten Wirtschaftlichkeitsprüfung geeignet sind, haben die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss unter Berücksichtigung der Rechtsprechung andere geeignete Prüfungsarten anzuwenden (z. B. Vertikalvergleich, Korrelationsprüfung).

§ 11 **Auffälligkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen** **(Richtgrößenprüfung)**

(1) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss prüfen die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung durch eine arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung).

(2) Grundlage für die Richtgrößenprüfung bildet die zwischen den Vereinbarungspartnern abgeschlossene Richtgrößenvereinbarung in der jeweils maßgeblichen Fassung (Anlage 1 a). In die Richtgrößenprüfung können nur solche Vertragsärzte einbezogen werden, die einer Arztgruppe zugeordnet sind, für die eine Richtgröße vereinbart wurde. Auffälligkeitsprüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden. Insbesondere sollen auch Ärzte geprüft werden, deren ärztlich verordnete Leistungen in bestimmten Anwendungsgebieten deutlich von der Fachgruppe abweichen sowie insbesondere auch verordnete Leistungen von Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind.

(3) Die Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina sind für den Zeitraum eines Kalenderjahres durchzuführen. Sie können ausnahmsweise für den Zeitraum eines Quartals durchgeführt werden, wenn dies die Wirksamkeit erhöht und hierdurch das Prüfverfahren vereinfacht wird; kann eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt die Richtgrößenprüfung auf der Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben.

(4) Die Prüfungsstelle ermittelt für jeden Vertragsarzt das Richtgrößenvolumen, getrennt nach Arznei-/Verbandmitteln und Heilmitteln. Das Richtgrößenvolumen ergibt sich aus der Multiplikation der Richtgrößen für die Arztgruppe - getrennt nach M/F und R - mit den entsprechenden kurativ-ambulantem Fallzahlen des Arztes nach Formblatt 3 (jeweils jahresbezogen) und der anschließenden Addition der beiden Ergebnisse. Das so ermittelte Richtgrößenvolumen wird mit den tatsächlichen Verordnungskosten des Arztes verglichen. Als richtgrößenrelevante Verordnungskosten werden die durch Datensätze belegten Ausgaben anerkannt. Eventuelle Regresse erstrecken sich lediglich auf das belegte Verordnungsvolumen.

(5) Datengrundlage für die Durchführung der Richtgrößenprüfung bilden die von der KV und den Krankenkassen gemäß § 296 SGB V in Verbindung mit der Vereinbarung gemäß § 295 Abs. 3 Nr. 5 SGB V zur Verfügung gestellten Daten. Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.

(6) Nach Eingang und Aufbereitung der Daten durch die Prüfungsstelle finden zwischen den Vereinbarungspartnern oder den von ihnen Bevollmächtigten Koordinierungsgespräche statt. Ziel dieser Koordinierungsgespräche ist es, Anregungen zu Prüfungszielen oder Prüfungsempfehlungen an die Prüfungsstelle abzugeben.

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

(8) Überschreitet das Verordnungsvolumen des Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. und geht die Prüfungsstelle aufgrund der vorliegenden Daten nicht davon aus, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch wirtschaftlich ver-

ordnete Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorabprüfung), werden Beratungen nach § 106 Abs. 1a SGB V durchgeführt.

(9) Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 v. H. hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch wirtschaftlich verordnete Praxisbesonderheiten begründet ist.

(10) Die Prüfungsstelle setzt den den Krankenkassen zustehenden Betrag nach Abs. 9 fest. Zuzahlungen der Versicherten und alle gesetzlichen und vertraglichen Rabatte gem. §§ 130 und 130 a SGB V werden arztindividuell anteilig berücksichtigt und in Abzug gebracht. Die KV hat in der jeweiligen Höhe Rückforderungsansprüche gegen den Vertragsarzt, die nach Realisierung der von den Landesverbänden an die KV zu entrichtenden Vergütung zur Honorarverteilung zugeleitet werden.

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

(12) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird abweichend von Abs. 9 nicht festgesetzt, soweit die Prüfungsstelle mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße ist für den Zeitraum von 4 Quartalen zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu zwischen Vertragsarzt und gemeinsamen Prüfungsausschuss nichts anderes vereinbart ist.

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

(14) Als Praxisbesonderheiten im Sinne der Absätze 8 und 9 sind insbesondere die in der Anlage 1 b und 1 c aufgeführten Wirkstoffe / Indikationsgebiete zu berücksichtigen.

§ 12

Zufälligkeitsprüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen

(1) Die Durchführung der Zufälligkeitsprüfung richtet sich nach den folgenden Bestimmungen; im Übrigen gelten für das Verfahren der Stichprobenprüfung die Richtlinien gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

Die Prüfung umfasst die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit, sobald diese Daten in aussagefähiger Form von allen Verbänden bzw. der KV zur Verfügung gestellt werden können, sowie sonstige veranlasste Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf Prüfungen.

(2) Für den Bereich der KV Rheinland-Pfalz findet die Zufälligkeitsprüfung entsprechend Anwendung auf die

- ❖ selbst erbrachten,
- ❖ verordneten und
- ❖ veranlassten Leistungen

der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden

- ❖ Ärzte und Psychotherapeuten (zugelassene und ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten),
- ❖ ärztlich geleiteten Einrichtungen (zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen).

Soweit sich die nachfolgenden Bestimmungen auf Ärzte und ärztliche Leistungen beziehen, schließen sie auch Psychotherapeuten und psychotherapeutische Leistungen ein.

(3) Die zu ziehende Stichprobe umfasst mindestens 2 vom Hundert der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte /Psychotherapeuten und ärztlich geleiteten Einrichtungen. Die Stichprobe erfolgt in jedem Quartal mittels Zufallsgenerator durch die KV. Ärzte / Psychotherapeuten und ärztlich geleitete Einrichtungen, die nach dem Zufallsprinzip gezogen wurden, können in der Regel frühestens nach Ablauf von 2 Jahren - bezogen auf das Ziehungsquartal - erneut für eine Zufälligkeitsprüfung vorgesehen werden.

(4) Für die im Wege der Stichprobenziehung gezogenen Ärzte-/Psychotherapeuten und ärztlich geleiteten Einrichtungen liefert / liefern die

- ❖ KV je Behandlungsfall einen Datensatz gemäß Abschnitt 5 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern,
- ❖ Krankenkassen Datensätze je Versicherten entsprechend Abschnitt 5 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern.

Die KV und die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4 a SGB V jeweils auf maschinell verwertbaren Datenträgern die Datensätze sechs Monate nach Ablauf des Prüfzeitraumes.

(5) Nach Eingang und Aufbereitung der Daten durch die Prüfungsstelle finden zwischen den Vereinbarungspartnern oder den von ihnen Bevollmächtigten Koordinierungsgespräche statt. Ziel dieser Koordinierungsgespräche ist es, Anregungen zu Prüfungszielen oder Prüfungsempfehlungen an die Prüfungsstelle abzugeben.

(6) Als vereinbarte Prüfkriterien im Sinne des § 6 Abs. 6 der Richtlinien nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V gelten insbesondere die in der Anlage 2 der Richtlinien definierten Prüfkriterien.

(7) Die Prüfungsstelle kann unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Koordinierungsgesprächs entscheiden, für welche Vertragsärzte der Stichprobe eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen ist. Die Durchführung der Prüfung richtet sich nach §§ 8 bis 12 der Richtlinien gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V sowie den Bestimmungen dieser Prüfvereinbarung.

(8) Als Praxisbesonderheiten sind insbesondere die in der Anlage 1 b und 1 c aufgeführten Wirkstoffe / Indikationsgebiete zu berücksichtigen.

(9) Ist ein Vertragsarzt innerhalb des Zeitraums der Stichprobenprüfung in ein Prüfverfahren wegen Richtgrößenprüfung oder wegen Prüfung nach Durchschnittswerten einbezogen, ist diese Auffälligkeitsprüfung gegenüber der Stichprobenprüfung vorrangig.

§ 13

Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten

(1) Nach sachlich-rechnerischer Prüfung bereitet die KV die von den Ärzten eingereichten Leistungsansätze zu folgenden arztbezogenen, kassenartübergreifenden Übersichten auf:

1. Gesamtübersicht mit folgenden Angaben:
 - a) Lebenslange Arztnummer / Betriebsstättennummer
 - b) Kassenummer
 - c) Anzahl der Behandlungsfälle in der Aufteilung M, F, R, G,
 - d) davon die Anzahl der Überweisungsfälle, der Notfälle und der Vertretungsfälle in der Aufteilung M, F, R, G, sobald diese Daten in aussagefähiger Form von der KV zur Verfügung gestellt werden können
 - e) Honoraranforderungen je Fall in Punkten bzw. in Euro in der Aufteilung M, F, R, G; jeweils insgesamt und gegliedert nach Leistungsgruppen und gewichtet nach Statusgruppen-Anteilen
 - f) jeweils Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe

Zu den Angaben nach c) -f) werden jeweils die Abweichungen in v. H. ausgedrückt.

2. Frequenztabellen mit folgenden Angaben:
 - a) Häufigkeit der abgerechneten EBM-Nrn, absolut und bezogen auf 100 Behandlungsfälle
 - b) fallbezogene Punktzahl je EBM-Nr.
 - c) im Vergleich zu a) durchschnittliche Häufigkeit der EBM-Nrn. auf 100 Behandlungsfälle, bezogen auf die Zahl der die jeweilige EBM-Nr. abrechnenden Ärzte der Vergleichsgruppe
 - d) Abweichung der Häufigkeit der EBM-Nrn. auf 100 Behandlungsfälle zu den ausführenden Ärzten der Vergleichsgruppe

(2) Die aufbereiteten Daten übermittelt die KV an die Prüfungsstelle sowie an die Krankenkassen auf Nachfrage per Datenträger.

(3) Die für die Gesamtübersicht nach Absatz 1 gebildeten Vergleichsgruppen legt die KV im Einvernehmen mit den Verbänden fest.

(4) Unverzüglich nach Vorliegen der in Abs. 1 genannten Übersichten finden zwischen den Vereinbarungspartnern oder den von ihnen Bevollmächtigten Koordinierungsgespräche statt mit dem Ziel, Empfehlungen an die Prüfungsstelle zu geben, bei welchen Ärzten, unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien nach Abs. 5, eine weitergehende Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise von Amts wegen erfolgen soll.

Von Amts wegen soll eine Prüfung stattfinden, wenn der Arzt mindestens ein Auswahlkriterium erfüllt. Die Prüfungsstelle kann auch in anderen Fällen eine Prüfung durchführen.

Darüber hinaus prüft die Prüfungsstelle die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung auf Antrag. Antragsberechtigt sind die Krankenkassen, die beauftragte Stelle, die Verbände und die Kassenärztliche Vereinigung.

(5) In der Regel sollen folgende Abrechnungen in das Auswahlverfahren einbezogen werden:

Honorarabrechnungen, bei denen - bezogen auf die von dem Arzt abgerechneten Leistungen in den einzelnen Leistungsgruppen – der Fallwert der ausführenden Ärzte der Vergleichsgruppe um mehr als 40 % nach der arithmetischen Methode überschritten wird.

(6) In den nach Abs. 5 eingeleiteten Verfahren erstrecken sich die Prüfung der wirtschaftlichen Behandlungsweise und die daraus resultierenden Maßnahmen auf alle Behandlungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen, sofern sich die Prüfung nicht ausdrücklich auf einzelne Behandlungsfälle bezieht.

§ 14

Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten

(1) Prüfungen nach Durchschnittswerten werden nur durchgeführt, wenn Prüfungen nach § 11 für die Fachgruppe nicht durchgeführt werden oder eine Prüfung nach § 11 aus rechtlichen Gründen nicht durchführbar ist.

(2) Gegenstand der Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten sind die

- a) verordneten Arznei- und Verbandmittel sowie der verordnete Sprechstundenbedarf,
- b) verordneten Heilmittel unter Berücksichtigung ärztlich erbrachter Leistungen (phys.-med. Leistungen, logopädische Leistungen).

(3) Für die Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten erstellen die Krankenkassen quartalsweise gemeinsame arztbezogene Gesamtstatistiken mit folgenden Angaben:

1. Anzahl der Arzneiverordnungen absolut und je Behandlungsfall nach Kassenarten zusammengefasst und jeweils nach den Statusgruppen M, F, R, G
2. Nach Brutto- und Nettowerten sowie Patientenzahlung gegliederte Arzneikosten absolut und je Behandlungsfall in der Aufteilung nach Nr. 1, gewichtet nach Statusgruppen-Anteilen
3. Anzahl der Heilmittel-Verordnungen von physikalisch-medizinischen Leistungen absolut und je Behandlungsfall in der Aufteilung nach Nr. 1.
4. Nach Brutto- und Nettowerten sowie Patientenzahlung gegliederte Heilmittelkosten absolut und je Behandlungsfall in der Aufteilung nach Nr. 1 gewichtet nach Statusgruppen-Anteilen
5. Kosten des Sprechstundenbedarfs absolut und je Behandlungsfall
6. Jeweils Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe sowie Abweichungen absolut und in v. H. zu den Angaben nach den Nummern 1 - 5

(4) Für die Prüfung des verordneten Sprechstundenbedarfs sollen möglichst vier aufeinander folgende Quartale zugrunde gelegt werden.

(5) Die in Abs. 3 beschriebenen arztbezogenen Statistiken werden der Prüfungsstelle möglichst zeitnah übermittelt. Nach Vorlage der Statistiken finden zwischen den Vereinbarungspartnern oder den von Ihnen Bevollmächtigten Koordinierungsgespräche statt mit dem Ziel, Empfehlungen an die Prüfungsstelle zu geben, bei welchen Ärzten eine weitergehende Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise von Amts wegen erfolgen soll. Die Prüfungsstelle kann auch in anderen Fällen Prüfungen durchführen. Im Falle der Überprüfung sind die Verordnungsdaten zur Ermittlung der tatsächlichen Nettokosten an die Prüfungsstelle zu übermitteln.

Darüber hinaus prüft die Prüfungsstelle die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise auf Antrag. Antragsberechtigt sind die Krankenkassen, die Verbände, die beauftragte Stelle und die KV.

(6) In den eingeleiteten Verfahren erstrecken sich die Prüfung der wirtschaftlichen Verordnungsweise und die daraus resultierenden Maßnahmen auf alle Verordnungen, sofern die erforderlichen Verordnungsdatensätze in repräsentativer Anzahl, bezogen auf die Gesamtzahl der Verordnungen des Arztes der Vertragskassen vorgelegt werden. § 106 Abs. 2 c Satz 2 SGB V gilt entsprechend.

(7) Als Praxisbesonderheiten sind insbesondere die in den Anlagen 1 b und 1 c aufgeführten Wirkstoffe / Indikationsgebiete zu berücksichtigen.

Vierter Abschnitt

Datenzusammenführung Honorar und Verordnungsweise

§ 15

Verfahren zur Datenaufbereitung

(1) Die Prüfungsstelle verbindet die von den Krankenkassenverbänden und von der KV gelieferten Daten für die in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung einzubeziehenden Vertragsarztpraxen. Die Bereitstellung der verarbeiteten Daten durch die Prüfungsstelle kann sowohl in ausgedruckter Form als auch auf Datenträger erfolgen.

(2) Um einer intellektuellen Prüfung im Einzelfall gerecht werden zu können, ist es im Falle der Einbindung eines Sachverständigen erforderlich, die bereitzustellende Datenmenge der zu prüfenden Vertragsarztpraxis auf 20 % der abgerechneten Fallzahl - mindestens jedoch auf 400 Fälle - pro Quartal zu beschränken. Liegt die Fallzahl unterhalb von 400 Fällen, sind alle vorliegenden Fälle bereit zu stellen.

(3) Das Verfahren zur Datenaufbereitung findet Anwendung bei den Prüfungen der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten und nach Richtgrößen (Auffälligkeitsprüfung) sowie bei Prüfungen auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung).

(4) Die Datensatzbeschreibung sowie die Lieferfristen werden von den Vereinbarungspartnern gemeinsam festgelegt (**Anlage 2**).

Fünfter Abschnitt

Anträge, Prüfung von "Amts wegen", Sonstiger Schaden, Prüfsakte / Spiegelkartei

§ 16 Antragsrecht

(1) Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit können die KV, die Krankenkassen, die beauftragte Stelle und die Verbände stellen.

(2) Anträge auf Feststellung eines Sonstigen Schadens im Sinne der Rechtsprechung können von den geschädigten Krankenkassen, der beauftragten Stelle und deren Verbänden gestellt werden.

(3) Die Krankenkassen können über die nach den Regelungen der §§ 13 Abs. 4 sowie 14 Abs. 4 eingeleiteten Prüfverfahren hinaus unter Voraussetzung des § 18 Anträge auf Prüfung der genannten vertragsärztlichen Tätigkeitsbereiche stellen.

(4) Ein Antrag nach den Absätzen 1 bis 3 ist ausgeschlossen, wenn

- ❖ die vermutete Unwirtschaftlichkeit einen Betrag in Höhe von € 100,--,
- ❖ der Umfang des "Sonstigen Schadens" einen Betrag in Höhe von € 50,--

je Arzt und Kalendervierteljahr nicht übersteigt; dies schließt Anträge in Fällen von grundsätzlicher Bedeutung nicht aus.

§ 17 Prüfung von „Amts wegen“

(1) Die Prüfung von Amts wegen findet ihre Anwendung im Behandlungs- und Verordnungsbereich.

(2) Der Prüfungsstelle sind für jedes Quartal die entsprechend der gültigen Prüfvereinbarung zu erstellenden kassenartübergreifenden arztbezogenen Statistiken vorzulegen. Nach Vorliegen der Unterlagen entscheidet die Prüfungsstelle, welche Vertragsarztpraxen keiner weitergehenden Prüfmaßnahme zuzuführen und somit für die jeweilige Prüfungsart als von Amts wegen als geprüft einzustufen sind. Die Prüfungsstelle hat den Vereinbarungspartnern eine Liste der im Quartal zu prüfenden Ärzte zeitnah unter Angabe des Prüfbereiches vorzulegen.

§ 18 Antragsfristen

(1) Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise sowie Anträge auf Prüfung der Ordnungsweise sind innerhalb einer Frist von 18 Monaten nach Ende des Quartals zu stellen, in dem der vom Antrag erfasste Sachverhalt aufgetreten ist.

(2) Anträge auf Prüfung des Sprechstundenbedarfs können längstens für die letzten 4 zurückliegenden Quartale, für die statistische Unterlagen vorliegen, gestellt werden.

(3) Einen Antrag auf Feststellung eines Sonstigen Schadens kann die geschädigte Krankenkasse bis zum Ablauf von 4 Jahren seit Eintritt des schädigenden Ereignisses stellen. Bei Verordnungen gilt das Ausstellungsdatum als Eintritt des schädigenden Ereignisses.

(4) Einem Antrag auf Feststellung eines Sonstigen Schadens sind die hierfür erforderlichen Unterlagen beizufügen. In dem Antrag ist die zum Zeitpunkt der Antragstellung bekannte Schadenshöhe zu beziffern.

(5) Durch die Prüfung der Wirtschaftlichkeit wird die Antragsfrist für sachlich-rechnerische Berichtigungen nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages gewahrt. Durch Anträge auf sachlich-rechnerische Prüfung nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages wird auch die Frist zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach dieser Vereinbarung oder nach § 106a SGB V gewahrt.

(6) Die Regelungen in Abs. 1 bis 5 gelten nicht für Anträge, die nach der Vereinbarung über die Prüfung der Abrechnung auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen nach § 106 a SGB V gestellt werden.

§ 19 Prüfakte und Spiegelkartei

(1) Bei der Prüfungsstelle werden für jeden Arzt, für den ein Prüfverfahren durchgeführt wird oder wurde, eine Prüfakte und eine Spiegelkartei geführt.

(2) Die Prüfakte beinhaltet alle zu jedem Prüfverfahren vorliegenden Schriftsätze, die Bescheide der Prüfungsgremien sowie etwaige Entscheidungen im Sozialgerichtsverfahren. Vorbereitende Notizen von Berichterstattern für die Sitzungen der Ausschüsse sowie Entwürfe für Beschlüsse sind grundsätzlich nicht Bestandteil der Prüfakten.

(3) Die Spiegelkartei enthält mindestens für die Zeit von einem Jahr vor dem Prüfzeitraum

- a) die Teilnahmeform und die Gebiete (ggf. in der Unterteilung haus-/fachärztlich), Fachkunden, fakultative Weiterbildungen bzw. Schwerpunkte und Bereiche (Zusatzbezeichnungen), ggf. Fachkundenachweise, unter denen der Vertragsarzt teilnimmt,
- b) die Mitgliedschaft in einer Laborgemeinschaft und/oder Apparategemeinschaft,
- c) die von den Prüfungsgremien bzw. durch Gerichtsentscheidungen anerkannten Praxisbesonderheiten,
- d) die in einem Abrechnungsquartal
 - ❖ ausgewiesenen Behandlungsfallzahlen in der Aufteilung M, F, R, G (§ 13 Abs. 1 Nr. 1 c),
 - ❖ angefallenen Honoraranforderungen je Behandlungsfall in den einzelnen Leistungssparten,
 - ❖ angefallenen Arzneikosten je Behandlungsfall in der Aufteilung M, F, R, G (§ 14 Abs. 2 Nr. 2) sowie SSB-Kosten je Behandlungsfall,
 - ❖ angefallenen Heilmittelkosten je Behandlungsfall in der Aufteilung M, F, R, G (§ 14 Abs. 2 Nr. 2),
- e) zu den Angaben nach Buchstabe d) v. H.-Abweichung der Vergleichsgruppe,

f) die von den Prüfungsgremien beschlossenen Maßnahmen.

(4) Die für die Spiegelkartei vorgesehenen Angaben können auch mittels EDV vorgehalten werden und sind den nach Abs. 5 zur Einsichtnahme Berechtigten durch einen entsprechenden Ausdruck zur Verfügung zu stellen.

(5) Die Mitglieder des zuständigen Beschwerdeausschusses und die am Verfahren Beteiligten können die Prüfsakten einsehen und von ihnen Abschriften oder Ablichtungen fertigen. Die Abschriften bzw. Ablichtungen sind nach Abschluss des Verfahrens zu vernichten.

Sechster Abschnitt

Verfahren der Prüfungsstelle

§ 20

Vorbereitung, Sachaufklärung, Beweiserhebung

(1) Beteiligte sind bei Verfahren der Prüfungsstelle

- ❖ der Vertragsarzt
- ❖ die Krankenkasse, die Verbände oder die nach § 1 Abs. 2 benannte Stelle,
- ❖ die KV.

(2) Die Prüfungsstelle entscheidet im schriftlichen Verfahren.

(3) Die Prüfungsstelle kann sich zur Vorbereitung ihrer Entscheidung eines Sachverständigen bedienen. Als Sachverständiger kann ein Mitglied des Beschwerdeausschusses nicht in dem gleichen Prüfverfahren tätig werden. Die Vereinbarungspartner verständigen sich über eine Liste geeigneter Sachverständiger.

(4) Der Sachverständige legt der Geschäftsstelle einen zusammenfassenden Bericht über das Ergebnis seiner Prüfung unter Berücksichtigung des Gesamtbildes der vertragsärztlichen Tätigkeit vor.

(5) Die Prüfungsstelle hat darauf zu achten, dass der Sachverhalt ausreichend geklärt wird und alle notwendig erscheinenden Beweise erhoben werden. Sofern erforderlich, können weitere Sachverständige und Auskunftspersonen gehört werden.

§ 21

Information des Vertragsarztes und der Verbände

Die Prüfungsstelle informiert den betroffenen Vertragsarzt, die KV, die Verbände und die beauftragte Stelle über die Einleitung des Prüfverfahrens. Sie weist den Vertragsarzt darauf hin, dass er entsprechend § 20 Abs. 2 dieser Vereinbarung die Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme hat.

§ 22

Stellungnahmen zum Verfahren

Die Prüfungsstelle gibt den am Verfahren Beteiligten Stellungnahmen zum Verfahren umgehend bekannt.

Siebter Abschnitt

Verfahren und Durchführung der Prüfung

§ 23

Entscheidung der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses

Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss haben über die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Tätigkeit nach den gesetzlichen Vorgaben, den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen sowie nach Maßgabe der §§ 10 bis 14 dieser Vereinbarung zu entscheiden. Bei den Entscheidungen über die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und/oder Verordnungsweise sind Praxisbesonderheiten und/oder kompensatorische Einsparungen des Vertragsarztes zu berücksichtigen, sofern sie aus den Unterlagen oder in sonstiger Weise bekannt sind oder vom betroffenen Vertragsarzt im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht nachgewiesen werden.

§ 24

Maßnahmen

(1) Als Ergebnis des Prüfverfahrens können die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss

- a) keine Maßnahmen,
- b) Beratungen,
- c) Honorarkürzungen,
- d) Regresse auf verordnete Leistungen

beschließen sowie

- e) einen Sonstigen Schaden im Sinne der Rechtsprechung dem Grunde und der Höhe nach feststellen.

(2) Eine Beratung soll vorbehaltlich der Absätze 3 und 4 weiteren Maßnahmen in der Regel vorausgehen.

(3) Ist bei einem Arzt eine Beratung durchgeführt worden, die sich im vorliegenden Prüfzeitraum bereits auswirken konnte, und hat diese in dem den Gegenstand der Beratung betreffenden Bereich nicht zu einer wirksamen Verhaltensänderung geführt, kommt bei einem erneuten Prüfverfahren vornehmlich eine Honorarkürzung bzw. ein Regress in Betracht.

(4) Stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss Unwirtschaftlichkeit in besonders gravierendem Ausmaß fest, kann ungeachtet des ansonsten vorrangigen Beratungsgrundsatzes eine Honorarkürzung oder ein Regress ausgesprochen werden.

(5) Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Kürzungen vorzunehmen.

(6) Der Beschwerdeausschuss kann beschließen, dass die Entscheidung bis zur weiteren Klärung des Sachverhalts und Erhebung weiterer Beweise ausgesetzt wird.

(7) Stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung sachlich-rechnerische Beanstandungen fest, setzen sie das Verfahren aus und leiten die Abrechnung der KV unter Hinweis auf die festgestellten Beanstandungen zur Prüfung und ggf. zur Richtigstellung zu, es sei denn, es handelt sich um Richtigstellungen untergeordneter Bedeutung. In diesen Fällen entscheidet die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss. Die KV soll unverzüglich die festgestellten Beanstandungen bearbeiten. Nach Prüfung durch die KV wird das Verfahren wieder aufgenommen.

(8) Stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss fest, dass sich klärungsbedürftige Sachverhalte ergeben, die nicht die Wirtschaftlichkeit betreffen, unterrichten sie hierüber die Vereinbarungspartner.

(9) Stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss fest, dass

- a) ein Arzt trotz vorausgegangener rechtswirksamer Maßnahmen nicht erkennen lässt, dass er zur wirtschaftlichen Behandlungs- und Ordnungsweise bereit ist,
- b) Sachverhalte vorliegen können, die ein Verfahren vor den Disziplinar- oder Zulassungsinstanzen nach sich ziehen,

unterrichten sie hierüber die KV sowie die Verbände.

§ 25 Protokolle und Bescheide

(1) Die Prüfungsstelle erteilt über ihre Entscheidung in einem Prüfverfahren einen Bescheid, der insbesondere den Gegenstand der Prüfung, die Prüfmethode, das nach § 24 Abs. 1 festgestellte Ergebnis einschließlich der Angabe einer eventuellen Honorarkürzung bzw. eines Regresses in Euro oder in Punktzahlen sowie die Begründung der Entscheidung einschließlich der für die Ermessensentscheidung zugrunde gelegten Kriterien enthalten muss.

(2) Sofern die Prüfungsstelle als Maßnahme eine Beratung beschließt, wird dem Arzt im Bescheid ungeachtet etwaiger Erörterungen in der Verhandlung oder in Beratungsgesprächen der Beratungsgegenstand mit Hinweisen für eine künftige wirtschaftliche Tätigkeit schriftlich aufgezeigt.

(3) Der Bescheid hat eine Rechtsbehelfsbelehrung zu enthalten.

(4) Den Prüfbescheid erhalten die am Verfahren Beteiligten. Eine Ausfertigung wird zur Prüfakte genommen.

Achter Abschnitt Widerspruchsverfahren

§ 26 Widerspruch gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle

(1) Gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle können der betroffene Arzt, die KV, die Krankenkassen und die betroffenen Verbände innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheides schriftlich oder zur Niederschrift bei der Prüfungsstelle Widerspruch einlegen. Der Widerspruch einer Krankenkasse, eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen gegen einen Prüfbescheid wirkt für alle am Verfahren be-

teiligten Krankenkassen, Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen. In diesem Fall wirkt die Rücknahme des Widerspruches ebenso für alle am Verfahren beteiligten Krankenkassen, Landesverbände bzw. Verbände der Ersatzkassen.

(2) Das Widerspruchsschreiben einschließlich der Begründung ist den übrigen am Widerspruchsverfahren Beteiligten unverzüglich zur Kenntnis zu bringen; ihnen wird damit Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Stellungnahmen sollen innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Widerspruchsbegründung abgegeben werden; den anderen Beteiligten sind die Stellungnahmen unverzüglich bekannt zu machen.

(3) Beteiligte am Widerspruchsverfahren sind die beauftragte Stelle nach § 1 Abs. 2, die Krankenkassen, der betroffene Arzt, die KV und die Verbände.

(4) Der Widerspruch soll innerhalb von 6 Monaten nach Ablauf der Widerspruchsfrist auf die Tagesordnung des Beschwerdeausschusses gesetzt werden.

§ 27

Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

(1) Der Beschwerdeausschuss entscheidet über den Widerspruch aufgrund einer mündlichen Verhandlung, zu der die am Verfahren Beteiligten spätestens zwei Wochen vor der Sitzung - ausgenommen hiervon sind Einladungen im Einvernehmen mit den Verfahrensbeteiligten bei kurzfristiger Änderung der Tagesordnung - schriftlich zu laden sind. In der Ladung ist zum Ausdruck zu bringen, dass der Beschwerdeausschuss auch in Abwesenheit der Geladenen verhandeln und entscheiden kann.

(2) Die Ausschussmitglieder sind unter Übersendung der Tagesordnung sowie

1. einer Ablichtung des ggf. gestellten Prüfantrages,
2. Ablichtungen etwaiger Stellungnahmen zum Verfahren,
3. der prüfungsrelevanten Statistiken,
4. einer Ablichtung der Spiegelkartei des Arztes,
5. dem Beschlussvorschlag der Prüfungsstelle zur Festsetzung von Maßnahmen

spätestens zwei Wochen vor dem Sitzungstermin zu laden.

(3) Für das Widerspruchsverfahren gelten im Übrigen die Vorschriften des ersten bis siebten Abschnitts entsprechend, soweit in diesem achten Abschnitt nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.

(4) Der vom Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses oder seinem Stellvertreter zu unterschreibende Widerspruchsbescheid ist schriftlich zu erlassen, zu begründen und den Beteiligten im Sinne des § 26 Abs. 3 der Prüfvereinbarung mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zuzustellen. Die Zustellung des Widerspruchsbescheides soll innerhalb einer Frist von drei Monaten ab Beschlussfassung erfolgen.

(5) Abweichend zu Abs. 1 findet in Fällen der Ausgleichspflicht für den Mehraufwand von Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind („Sonstiger Schaden“), ein Vorverfahren vor dem Beschwerdeausschuss nicht statt; in solchen Fällen besteht die direkte Klagemöglichkeit vor dem Sozialgericht mit aufschiebender Wirkung.

(6) Eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses hat keine aufschiebende Wirkung.

Neunter Abschnitt

Vertretung in Gerichtsverfahren

§ 28

Vertretung in Gerichtsverfahren

(1) Die Prüfungsstelle wird in gerichtlichen Verfahren von ihrem Leiter oder dessen Stellvertreter vertreten.

(2) Der Beschwerdeausschuss wird in gerichtlichen Verfahren von seinem Vorsitzenden, dessen 1. Stellvertreter oder einer vom Ausschuss beauftragten Person vertreten.

Zehnter Abschnitt

Schlussvorschriften

§ 29

In-Kraft-Treten, Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am **01.01.2008** in Kraft und ersetzt die bisher geltenden Vereinbarungen über die Wirtschaftlichkeitsprüfung.

(2) Die Vereinbarung kann durch eingeschriebenen Brief mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2010, gekündigt werden. Im Falle der Kündigung gilt diese Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Prüfvereinbarung vorläufig fort.

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

Saarbrücken, Eisenberg, Mainz, Speyer, 22.06.2009

Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz

AOK Rheinland-Pfalz

San.-Rat Dr. med. Günter Gerhardt
Vorstandsvorsitzender

Walter Bockemühl
Vorstandsvorsitzender

BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz
und Saarland

IKK Südwest-Plus

Raimund Nossek
Vorstand

Frank Spaniol
Vorstand

LKK Hessen, Rheinland-Pfalz
und Saarland

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Herbert Schmitt
Stellv. Hauptgeschäftsführer

Der Leiter der Landesvertretung
Rheinland-Pfalz

Knappschaft
- Regionaldirektion Saarbrücken

Armin Beck
Leiter der Regionaldirektion

Anlage 1 a

zur Prüfvereinbarung vom 22.06.2009

Richtgrößenvereinbarung

Auf die zwischen den Vereinbarungspartnern geschlossene Richtgrößenvereinbarung in der jeweils aktuellen Fassung wird Bezug genommen.

Die Richtgrößenvereinbarung kann auf der Homepage der KV Rheinland- Pfalz eingesehen werden. Eine Veröffentlichung der Vereinbarung erfolgt regelmäßig über das Rundschreiben der KV Rheinland-Pfalz.

Anlage 1 b

zur Prüfvereinbarung vom 22.06.2009

Praxisbesonderheiten Arznei- und Verbandmitteln

Die Verordnungskosten für Fertigarzneimittel mit den nachfolgend genannten Wirkstoffen werden aus den richtgrößenrelevanten Verordnungskosten herausgerechnet. Soweit sich die Praxisbesonderheit bei Fertigarzneimitteln zu den Wirkstoffen der Anlage 1 b nur auf einzelne von mehreren zugelassenen Indikationen bezieht, erfolgt eine Verknüpfung der Verordnung mit der Diagnose durch die Prüfungsstelle. Dabei werden nur Verordnungen, die in der als Praxisbesonderheit anerkannten Indikation verordnet wurden, aus dem richtgrößenrelevanten Verordnungsvolumen herausgerechnet. Alle anderen verbleiben im zu prüfenden Gesamtvolumen und werden der Richtgrößenprüfung zugeführt.

Die Verordnungen von Fertigarzneimitteln mit den nachstehend genannten Wirkstoffen unterliegen den gesetzlichen Bestimmungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und übrigen Regelungen dieser Vereinbarung; hierbei ist auch zu bewerten, ob die Präparate gemäß ihrer arzneimittelrechtlichen Zulassung bzw. unter Beachtung der Rechtsprechung der Sozialgerichte eingesetzt wurden.

Anlage 1 b zur Prüfvereinbarung vom 22.06.2009

**Praxisbesonderheiten gemäß § 11 Absatz 14 der Prüfvereinbarung
„Wirkstoffliste“**

Die Verordnungskosten für Fertigarzneimittel mit den nachfolgend genannten Wirkstoffen werden aus den richtgrößenrelevanten Verordnungskosten herausgerechnet.

Soweit sich die Praxisbesonderheit bei Fertigarzneimitteln zu den Wirkstoffen der Anlage 1b nur auf einzelne von mehreren zugelassenen Indikationen bezieht, erfolgt eine Verknüpfung der Verordnung mit der Diagnose durch die Prüfungsstelle. Dabei werden nur Verordnungen, die in der als Praxisbesonderheit anerkannten Indikation verordnet wurden, aus dem richtgrößenrelevanten Verordnungsvolumen herausgerechnet. Alle anderen verbleiben im zu prüfenden Gesamtvolumen und werden der Richtgrößenprüfung zugeführt.

Die Verordnungen von Fertigarzneimitteln mit den nachstehend genannten Wirkstoffen unterliegen den gesetzlichen Bestimmungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und übrigen Regelungen dieser Vereinbarung. Hierbei ist auch zu bewerten, ob die Präparate gemäß ihrer arzneimittelrechtlichen Zulassung bzw. unter Beachtung der Rechtsprechung der Sozialgerichte eingesetzt wurden.

| Analgetika |
|---|
| Alfentanil |
| Buprenorphin |
| Desfluran |
| Fentanyl: nur parenteral oder als Pflaster |
| Hydromorphon |
| Isofluran |
| Morphin |
| Oxycodon |
| Pethidin |
| Piritramid |
| Remifentanil |
| Sevofluran |
| Sufentanil |
| |
| Antiepileptika |
| folgende Wirkstoffe können im Rahmen dieser Vereinbarung ausschließlich zur Behandlung der Epilepsie als Praxisbesonderheit geltend gemacht werden: |
| Carbamazepin |
| Clonazepam |
| Ethosuximid |
| Felbamat |
| Gabapentin |
| Kaliumbromid |
| Lamotrigin |
| Levetiracetam |
| Mesuximid |
| Oxcarbazepin |
| Phenobarbital |
| Phenytoin |
| Pregabalin |
| Primidon |
| Rufinamid |
| Sultiam |
| Tiagabin |
| Topiramat |
| Valproinsäure |
| Vigabatrin |
| Zonisamid |
| |
| |

| Antifibrinolytika |
|-----------------------------------|
| Alfa 1-Antitrypsin |
| Aminomethylbenzoesäure |
| Tranexamsäure |
| |
| Antineoplastische Therapie |
| Stickstofflost-Analoga |
| Bendamustin |
| Chlorambucil |
| Cyclophosphamid |
| Ifosfamid |
| Melphalan |
| Trofosfamid |
| Alkylsulfonate |
| Busulfan |
| Treosulfan |
| Ethylenimine |
| Thiotepa |
| Nitrosoharnstoffe |
| Carmustin |
| Lomustin |
| Nimustin |
| Andere alkylierende Mittel |
| Dacarbazin |
| Temozolomid |
| Folsäure-Analoga |
| Methotrexat |
| Pemetrexed |
| Purin-Analoga |
| Cladribin |
| Clofarabin |
| Fludarabin |
| Mercaptopurin |
| Nelarabin |
| Tioguanin |
| Pyrimidin-Analoga |
| Capecitabin |
| Cytarabin |
| Fluorouracil |
| Gemcitabin |
| Tegafur, Kombinationen |

| |
|--|
| Vinka-Alkaloide und Analoga |
| Vinblastin |
| Vincristin |
| Vindesin |
| Vinorelbin |
| Podophyllotoxin-Derivate |
| Etoposid |
| Taxane |
| Dactinomycin |
| Docetaxel |
| Paclitaxel |
| Anthracycline und verwandte Substanzen |
| Daunorubicin |
| Doxorubicin |
| Epirubicin |
| Idarubicin |
| Mitoxantron |
| Andere zytostatische Antibiotika |
| Bleomycin |
| Mitomycin |
| Platin-haltige Verbindungen |
| Carboplatin |
| Cisplatin |
| Oxaliplatin |
| Methylhydrazine |
| Procarbazin |
| Monoklonale Antikörper |
| Alemtuzumab |
| Bevacizumab |
| Cetuximab |
| Rituximab |
| Trastuzumab |
| Sensibilisatoren für d. photodynamische/Radiotherapie |
| Porfimer natrium |
| Temoporfin |
| Proteinkinase-Inhibitoren |
| Dasatinib |
| Erlotinib |
| Imatinib |
| Sorafenib |
| Sunitinib |
| Andere neoplastische Mittel |
| Alitretinoin |
| Amsacrin |
| Anagrelid |
| Arsentrioxid |
| Asparaginase |
| Bexaroten |
| Bortezomib |
| Estramustin |
| Hydroxycarbamid |

| |
|--|
| Irinotecan |
| Miltefosin |
| Mitotan |
| Pegaspargase |
| Pentostatin |
| Temsirolimus |
| Topotecan |
| Tretinoin |
| |
| Entgiftungsmittel bei Zytostatikabehandlung |
| Amifostin |
| Calciumfolinat |
| Mesna |
| Antiemetika |
| Dolasetron |
| Granisetron |
| Ondansetron |
| Tropisetron |
| |
| Antiparkinsonmittel folgende Wirkstoffe können im Rahmen dieser Vereinbarung ausschließlich in der Parkinsontherapie als Praxisbesonderheit geltend gemacht werden |
| Tertiäre Amine |
| Biperiden |
| Bornaprin |
| Metixen |
| Procyclidin |
| Trihexyphenidyl |
| Dopaminerge Mittel |
| Bromocriptin |
| Budipin |
| Cabergolin |
| Dihydroergocryptinmesilat |
| Entacapon |
| Levodopa in Kombination mit Benserazid |
| Levodopa in Kombination mit Carbidopa |
| Levodopa und Decarboxylasehemmer |
| Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer |
| Lisurid |
| Pergolid |
| Pramipexol |
| Ropinirol |
| Selegilin |
| Antihyperkinetika |
| Tiaprid |
| |
| Antithrombotische Mittel |
| Alteplase |
| Antithrombin III |
| Certoparin |
| Dalteparin |

| |
|--|
| Danaparoid |
| Enoxaparin |
| Iloprost |
| Nadroparin |
| Phenprocoumon |
| Reteplase |
| Reviparin |
| Streptokinase |
| Tinzaparin |
| Urokinase |
| Warfarin |
| Blutgerinnungsfaktoren |
| Eptacog alfa (aktiviert) |
| Faktor-VIII-Inhibitor-bypass-Aktivität |
| Gerinnungsfaktor IX |
| Gerinnungsfaktor VII |
| Gerinnungsfaktor VIII |
| Gerinnungsfaktor XIII |
| Gerinnungsfaktoren IX, II, VII und X in Kombination |
| Moroctocog alfa |
| Nonacog alfa |
| Octocog alfa |
| Thrombin |
| Von-Willebrand-Faktor und Gerinnungsfaktor VIII in Kombin. |
| |
| Endokrine Therapie |
| Gestagene |
| Buserelin: nur als Diagnostikum |
| Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga |
| Medroxyprogesteron |
| Megestrol |
| Triptorelin: nur als Diagnostikum |
| Antiestrogene |
| Fulvestrant |
| Tamoxifen |
| Toremifen |
| Antiandrogene |
| Bicalutamid |
| Flutamid |
| Enzym-Inhibitoren |
| Anastrozol |
| Exemestan |
| Letrozol |
| Koloniestimulierende Faktoren |
| Filgrastim |
| Lenograstim |
| Pegfilgrastim |

| |
|---|
| Glucocorticoide, hochdosiert, zur intravenösen Anwendung |
| Hydrocortison ≥ 500 mg |
| Methylprednisolon ≥ 250 mg |
| Prednisolon ≥ 250 mg |
| Triamcinolon ≥ 40 mg |
| |
| Hypophysen- und Hypothalamushormone |
| Hypophysenvorderlappenhormone und Analoga |
| Tetracosactid |
| Hypophysenhinterlappenhormone |
| Desmopressin: nur parenteral |
| Oxytocin |
| Terlipressin: nur parenteral |
| Hypophysenfunktionstest |
| Corticoliberin: nur als Diagnostikum |
| Somatorelin: nur als Diagnostikum |
| Hypothalamushormone |
| Gonadorelin : nur zur nasalen Anwendung bei Kindern |
| Goserelin |
| Lanreotid |
| Leuprorelin |
| Octreotid |
| |
| Nebenschilddrüsenhormone |
| Dihydrotachysterol |
| |
| Gynäkologika |
| Fenoterol |
| Lisurid |
| Methylergometrin |
| |
| Immunglobuline |
| Anti-D(rh)-Immunglobulin |
| Cytomegalievirus-Immunglobulin |
| Hepatitis-B-Immunglobulin |
| Masern-Immunglobulin |
| Palivizumab |
| Röteln-Immunglobulin |
| Tetanus-Immunglobulin |
| Tollwut-Immunglobulin |
| Varicella/Zoster-Immunglobulin |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| Immunstimulantien |
| Interferone |
| Interferon alpha - 2a |
| Interferon alpha - 2b |
| Interferon gamma 1b |
| Peginterferon alpha-2a |
| Peginterferon alpha-2b |
| andere |
| Aldesleukin |
| BCG-Impfstoff: nur zur intravesikalen Instillation |
| Immunsuppressiva |
| Selektive Immunsuppressiva |
| Abatacept |
| Antilymphozytäres Immunglobulin (Pferd) |
| Anti-thymozytäres Immunglobulin (Kaninchen) |
| Efalizumab |
| Everolimus |
| Leflunomid |
| Muromonab-CD3 |
| Mycophenolsäure |
| Sirolimus |
| Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren |
| Adalimumab |
| Etanercept |
| Infliximab |
| Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren |
| Anakinra |
| Basiliximab |
| Daclizumab |
| Calcineurin Inhibitoren |
| Ciclosporin |
| Tacrolimus (nur systemisch) |
| Andere Immunsuppressiva |
| Azathioprin |
| Lenalidomid |
| Methotrexat |
| |
| Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel |
| Agalsidase beta |
| Alglucerase |
| Alglucosidase alpha |
| Betain |
| Carglumsäure |
| Galsulfase |
| Idursulfase |
| Imiglucerase |
| Laronidase |
| Miglustat |
| |
| |

| |
|---|
| Mittel bei pulmonaler Hypertonie folgende Wirkstoffe können im Rahmen dieser Vereinbarung ausschließlich zur Behandlung der pulmonalen Hypertonie als Praxisbesonderheit geltend gemacht werden |
| Bosentan |
| Sildenafil |
| Sitaxentan |
| |
| Mittel zur Behandlung der Hypoglykämie |
| Diazoxid |
| Glucagon |
| Foscarnet |
| Mittel gegen Mykobakterien |
| Dapson |
| Ethambutol |
| Isoniazid |
| Protionamid |
| Pyrazinamid |
| Rifabutin |
| Rifampicin |
| Streptomycin |
| Terizidon |
| |
| Mittel gegen Protozoen |
| Atovaquon |
| Pentamidinisetionat |
| Pyrimethamin |
| |
| Muskelrelaxantien |
| Baclofen |
| Botulinumtoxin |
| Pridinol |
| |
| Regulatoren des Calciumstoffwechsels |
| Nebenschilddrüsenhormone |
| Parathyroid Hormon |
| Teriparatid |
| Bisphosphonate folgende Wirkstoffe können nur zur indikationsgemäßen Therapie auf das Skelett ausgedehnter maligner Knochenerkrankungen als Praxisbesonderheit geltend gemacht werden: |
| Clodronsäure |
| Ibandronsäure |
| Pamidronsäure |
| Zoledronsäure |
| |
| Virustatika |
| Abacavir |
| Adefovir Dipivoxil |
| Amprenavir |
| Atazanavir |
| Brivudin |
| Cidofovir |

| |
|---|
| Darunavir |
| Didanosin |
| Efavirenz |
| Emtricitabin |
| Emtricitabin, Tenofovir disoproxil und Efavirenz |
| Enfuvirtid |
| Entecavir |
| Famciclovir |
| Fosamprenavir |
| Ganciclovir |
| Indinavir |
| Lamivudin |
| Lamivudin und Abacavir |
| Lopinavir |
| Maraviroc |
| Nelfinavir |
| Nevirapin |
| Ribavirin |
| Ritonavir |
| Saquinavir |
| Stavudin |
| Telbivudin |
| Tenofovir disoproxil |
| Tenofovir disoproxil und Emtricitabin |
| Tipranavir |
| Valaciclovir |
| Valganciclovir |
| Zidovudin |
| Zidovudin und Lamivudin |
| Zidovudin, Lamivudin und Abacavir |
| Zidovudin, Lamivudin und Nevirapin |
| |
| Sonstige |
| Alprostadil nur zur Behandlung der PAVK |
| Dornase alfa bei Patienten mit cystischer Fibrose |
| Ganciclovir als Ophthalmikum |
| Imiquimod zur Behandlung von äußerl. Condylomata acuminata im Genital- u. Perianalbereich u. kleiner superfizieller Basalzellkarzinome (sBCC) b. Erw. |
| Lisurid bei Akromegalie |
| Riluzol bei Patienten mit amyotropher Lateralsklerose (ALS) |

Anlage 1 c

zur Prüfvereinbarung vom 22.06.2009

Praxisbesonderheiten zu Heilmitteln

Als Praxisbesonderheiten werden die Kosten für die verordneten Heilmittel

1. physikalische Therapie ohne manuelle Lymphdrainage,
2. Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie,
3. Ergotherapie,
4. manuelle Lymphdrainage

bei den nachfolgenden Indikationen aus den richtgrößenrelevanten Verordnungskosten herausgerechnet.

Die Verordnungen von Heilmitteln bei den nachstehend genannten Indikationen unterliegen den gesetzlichen Bestimmungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und übrigen Regelungen dieser Vereinbarung; hierbei ist auch zu bewerten, ob die Heilmittel gemäß den Heilmittelrichtlinien bzw. unter Beachtung der Rechtsprechung der Sozialgerichte eingesetzt wurden.

| Ziffern von - bis | Indikationen – Erwachsene |
|-------------------|---|
| 1. bis 3. | bei Patienten mit allen Formen angeborener oder erworbener Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. CP, Plexusparesen, kongenitale Kontrakturen, Muskeldystrophie) |
| 3. | bei Patienten mit Autismus |
| 1. bis 3. | bei Patienten mit Chromosomenanomalien, Störungen in Folge von Gendefekten, sonstige geistige Behinderungen |
| 1. | bei Patienten mit entzündlichen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis |
| 1. bis 3. | bei Patienten mit schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. Morbus Parkinson, MS, Apoplex, ALS und Wachkomapatienten |
| 1. bis 3. | bei Patienten im Rahmen einer palliativmedizinischen Betreuung |
| 1. | bei Patienten mit Mukoviszidose |
| 4. | bei Patienten nach onkologischer Behandlung, die an chronischer Lymphabfluss-Störung leiden |

| Ziffern von - bis | Indikationen – Kinder / Jugendliche |
|-------------------|---|
| 1. bis 3. | Hemiparese, spastische Di- oder Tetraplegie |
| 1. bis 3. | Komplexe zerebrale Dysfunktion bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10,G11, G12, G13, G80, zerebrale Anfallsleiden oder neurodegenerative bzw. metabolische bzw. muskuläre Systemerkrankung |
| 3. | Autismus |
| 1. bis 3. | erworbene und/oder angeborene schwere geistige und/oder körperliche Behinderung, Mehrfachbehinderung |
| 1. bis 3. | palliativmedizinische Betreuung |
| 1. | Skoliose |
| 1. | Mukoviszidose |

Anlage 2

zur Prüfvereinbarung vom 22.06.2009

Datenträgeraustauschvertrag

Auf den zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossenen Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils aktuellen Fassung wird Bezug genommen.

Der Vertrag kann auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingesehen werden.

Anlage 3

zur Prüfvereinbarung vom 22.06.2009

Beratung gemäß § 6 Abs. 3 der Prüfvereinbarung

§ 1

Gegenstand und Ziel der Beratung

Die gezielte Beratung der Ärzte, die nach § 106 Abs. 5 SGB V weiteren Prüfungsmaßnahmen in der Regel vorangehen soll, dient dem Zweck, die Verordnungsweise 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.

§ 3

Durchführung der Beratung

(1) Die Prüfungsstelle berät in erforderlichen Fällen nach § 106 Abs. 1 a SGB V die Vertragsärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung. Beratungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen nach § 84 Abs. 6 und 8 werden nach § 106 Abs. 5 a SGB V durchgeführt, wenn das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. übersteigt und aufgrund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung).

(2) 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.

(3) Über den Inhalt und die Ergebnisse der Beratung wird ein Kurzprotokoll erstellt, das den Vereinbarungspartnern zugeht.

§ 4

Dokumentation und Evaluation der Beratung

(1) Für jedes Kalenderjahr erstellt die Prüfstelle einen Bericht nach § 4 Abs. 1 Nr. 8 der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung über die Anzahl der eröffneten und abgeschlossenen Beratungen insbesondere mit folgenden Inhalten:

- Auflistung der beratenen Ärzte und der Berater
- Ort und Datum der Beratung
- Beratungsanlass

(2) Dieser Bericht ist den Vereinbarungspartner bis zum 15. Februar des Folgejahres vorzulegen. Die Vereinbarungspartner erhalten eine Ausfertigung dieses Berichts.

(3) Die Vereinbarungspartner werden gemeinsam den Beratungserfolg hinsichtlich der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pharmakotherapie bewerten.

Anlage 4

zur Prüfvereinbarung vom 22.06.2009

EDV – Arbeitskreis

Im Wege der Umsetzung der durchzuführenden Prüfarbeiten fallen regelmäßig Datenlieferungen an bzw. sind Datenaufbereitungen etc. erforderlich. Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, benennen die Krankenkassenverbände und die KV entsprechende Ansprechpartner; hierbei ist darauf zu achten, dass es sich ausschließlich um EDV-technisch-versierte Personen handelt, die in den technischen Umsetzungs-Prozess eingebunden sind.

Der Arbeitskreis setzt sich aus Vertretern der KV, Vertretern der Krankenkassen und der Gemeinsamen Prüfungsstelle zusammen. Der Arbeitskreis wird auf Anforderung der Vereinbarungspartner und/oder der Prüfungsstelle bzw. des Beschwerdeausschusses tätig. Den Teilnehmern des Arbeitskreises obliegt es, abhängig vom Arbeitsaufwand eine ordentliche Sitzung einzuberufen.

| Besetzung | | |
|---|-----------------------|--|
| Ansprechpartner | Stellvertreter | Entsendende Stelle |
| Burkhard Lamby Christoph Leinz Franz Masfelder Wolfgang Thomas | Ekkehard Brosch | KV Rheinland-Pfalz |
| Jörg Schmidt | Jutta Bartmann | AOK – Die Gesundheitskasse Rheinland-Pfalz |
| Marina Mann | Tanja Brenner | vdek – Landesvertretung RLP |
| Kirsten Kollmann | N. N. | BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland |
| Richard Both | Gregor Gehring | IKK Südwest-Plus |
| Wolfgang Fischer | N. N. | LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland |
| Ernst-Georg Maschke | Stephan Kirch | Knappschaft |
| Bernd Münch | | Gemeinsame Prüfungsstelle |