

VEREINBARUNG

nach § 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V über Inhalt und Durchführung der Beratung und der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung (Prüfvereinbarung Baden-Württemberg) gültig ab 01.01.2023

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg**, Stuttgart,

*im Folgenden „KVBW“ genannt
- einerseits -*

und

der **AOK Baden-Württemberg**, Stuttgart,

den **Ersatzkassen**

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin,

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,

dem **BKK Landesverband Süd**, Kornwestheim,

der **IKK classic**, Dresden,

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse**, Kassel,

der **KNAPPSCHAFT**, Regionaldirektion München,

*im Folgenden „Verbände“ genannt
- andererseits -*

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
§ 1 Allgemeine Bestimmungen	3
§ 2 Gemeinsame Prüfungsstelle Baden-Württemberg	5
§ 3 Gemeinsamer Beschwerdeausschuss Baden-Württemberg und Kammern	6
§ 4 Prüfgegenstände und Prüfarten	6
§ 5 Konkurrenzbestimmungen	7
§ 6 Prüfung der Behandlungsweise im Einzelfall	8
§ 7 Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten	8
§ 8 Prüfung der Ordnungsweise im Einzelfall	9
§ 9 Prüfung der Ordnungsweise von Mitteln des Sprechstundenbedarfs einschließlich Impfstoffen im Einzelfall	10
§ 10 Prüfung auf Einhaltung der Richtlinien nach § 92 SGB V	11
§ 11 Prüfgegenstände außerhalb der Arzneimittel-Therapiebereiche (exRW)	12
§ 12 Prüfung der Ordnungsweise nach Richtwerten (statistische Prüfmethode)	13
§ 13 Prüfung der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten (statistische Prüfmethode)	13
§ 14 Prüfung Wirtschaftlichkeitsziele	14
§ 15 Prüfung auf Feststellung eines sonstigen Schadens	14
§ 16 Maßnahmen	15
§ 17 Maßnahmen bei statistischen Prüfungen, erstmalige Auffälligkeit	16
§ 18 Verfahren bei der Gemeinsamen Prüfungsstelle	19
§ 19 Widerspruchsverfahren	20
§ 20 Bekanntgabe und Zustellung	22
§ 21 Gerichtliches Verfahren	23
§ 22 Vollzug von Honorarkürzungen und Nachforderungen	23
§ 23 Kostenregelung	24
§ 24 Salvatorische Klausel	24
§ 25 Inkrafttreten, Kündigung	25

Anlagenverzeichnis

Anlage 1

Datenlieferung, Datenumfang und Statistiken für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §§ 106, 106a und 106b SGB V (hier nicht abgedruckt)

Anlage 2

Regionale Praxisbesonderheiten Behandlungsweise (hier nicht abgedruckt)

Anlage 3

Mitteilung der Verrechnungsbeträge aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen über Formblatt 3 (hier nicht abgedruckt)

Präambel

- (1) Gemäß § 106 Abs. 1 SGB V überwachen die Krankenkassen bzw. ihre Verbände und die Kassenärztlichen Vereinigungen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen. In die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen ist ferner die ärztliche Versorgung für die Personen, für die eine Krankenkasse nach § 264 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. Abs. 2 SGB V (ehemals BSHG) die Krankenbehandlung übernommen hat.
- (2) Mit den Vereinbarungen über die Errichtung der Gemeinsamen Prüfungsstelle und des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses in der jeweils gültigen Fassung haben die Vertragspartner dieser Vereinbarung die organisatorischen Voraussetzungen zur Durchführung der Beratungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen geschaffen.
- (3) Die KVBW und die Verbände vereinbaren nachfolgend auf der Grundlage des § 106 Abs. 1 SGB V sowie der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung (WiPrüfVO) die Inhalte und das Nähere zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 SGB V.

§ 1

Allgemeine Bestimmungen

- (1) ¹Die Prüfvereinbarung regelt gemäß §§ 106 bis 106c SGB V die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit für die vertragsärztliche Tätigkeit der im Bereich der KVBW
 1. zugelassenen Ärzte,
 2. ermächtigten Ärzte,
 3. ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen einschließlich Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V,
 4. medizinischen Versorgungszentren,
 5. ermächtigten psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V,
 6. ermächtigten sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V,
 7. ermächtigten Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 119a SGB V,
 8. medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V,
 9. Nichtvertragsärzten, die am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen im Rahmen der §§ 6, 8, 9, § 10 (Einzelfallanträge) und § 15 (sonstiger Schaden),
 10. Krankenhäuser im Rahmen von §§ 106 Abs. 5, 116a, 76 Abs. 1a und 39 Abs. 1a SGB V (im folgenden Arzt / Ärzte bzw. Einrichtung genannt) und
 11. Stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 i.V.m. 39 Abs. 1a SGB V (im folgenden Arzt / Ärzte bzw. Einrichtung genannt).

²Soweit nicht durch anderweitige Bestimmungen ausgeschlossen, gelten die nachfolgenden Regelungen entsprechend für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

³Gemäß § 113 Abs. 4 SGB V wird die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V, psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V sowie medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V von den Krankenkassen in entsprechender Anwendung der nach §§ 106 bis 106b und 106d sowie § 135b SGB V geltenden Regelungen geprüft.

⁴Die Vertragspartner erklären übereinstimmend, dass die Zuständigkeit für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlich verordneten Leistungen der in Satz 3 genannten Einrichtungen von den Krankenkassen auf die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen, d. h. die Gemeinsame Prüfungsstelle und den Gemeinsamen Beschwerdeausschuss nach § 106c SGB V entsprechend §§ 106 SGB V und 106b SGB V übertragen werden kann.

⁵Die Vertragspartner erklären dies auch für die Prüfung von ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen der Teilnahme an Verträgen nach §§ 73b, 73c in der Fassung vom 22.07.2015 und 140a SGB V (Selektivverträge), für die Verordnung von Impfstoffen entsprechend der Vereinbarung nach § 132e SGB V und für die Prüfung der Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 132d SGB V.

⁶Die Krankenkassen und/oder ihre Verbände vereinbaren in ihren Verträgen nach den Sätzen 3 und 5, dass sie die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen hierfür gemäß § 106 Abs. 1 S. 3 SGB V sowie nach § 2 Abs. 6 der bundesvertraglichen Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V in den Vereinbarungen mit der Prüfung nach § 106b Abs. 1 SGB V beauftragen können.

⁷Die Krankenkassen und/oder ihre Verbände beauftragen die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen hiermit mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit von ärztlich verordneten Leistungen in den in Satz 3 (vertragsärztlich) und Satz 5 (außervertragsärztlich) genannten Bereichen und Einrichtungen. Die Prüfung erfolgt nach gleichen Maßstäben. Einer gesonderten schriftlichen Beauftragung der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen bedarf es nicht.

⁸Die Wirtschaftlichkeit der Verordnungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 bis 9 und 12 SGB V wird gemäß § 116b Abs. 7 S. 7 SGB V in entsprechender Anwendung des § 113 Abs. 4 mit der Maßgabe geprüft, dass die Prüfung durch die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen gegen Kostenersatz durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit den Leistungserbringern nach § 116b Abs. 2 SGB V nichts anderes vereinbart hat.

⁹Die Vertragspartner treffen im Falle der Beauftragung der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen entsprechende Regelungen zum Kostenersatz (§ 23).

- (2) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung einer den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung übergreifenden vertragsärztlichen Tätigkeit gilt ergänzend die Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V über die „Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei einer den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung übergreifenden Berufsausübung“ in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Im Folgenden wird die Bezeichnung Arzt geschlechtsneutral sowohl für Ärztinnen als auch für Ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten verwendet. Soweit nicht ausdrücklich eine andere Formulierung gewählt wird, steht die Bezeichnung Arzt für eine Hauptbetriebsstätte. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit findet grundsätzlich auf der Ebene der Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR) einer Praxis statt.
- (4) Die Vertragspartner bilden eine Gemeinsame Prüfungsstelle und einen Gemeinsamen Beschwerdeausschuss (Gemeinsame Prüfungseinrichtungen - GPE). Die GPE führen die mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung verbundenen Aufgaben durch. Der Gemeinsame Beschwerdeausschuss und dessen Kammern werden bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch die Gemeinsame Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt.

- (5) Für das Verwaltungsverfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung gelten die Regelungen dieser Vereinbarung i. V. mit den Regelungen des SGB X.

Insbesondere ist den Betroffenen vor einer Entscheidung die Möglichkeit einzuräumen, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern. Sie können sich in jedem Stand des Verfahrens eines Beistands bedienen.

- (6) Grundlage für die Prüfungen auf Antrag oder von Amts wegen sind die auf der Basis des Vertrages über den Austausch auf Datenträgern nach § 295 Abs. 3 SGB V (Anlage 6 BMV-Ä), den Regelungen des SGB V (insbesondere §§ 106, 296 bis 298 SGB V) und ggf. ergänzenden Vereinbarungen der Vertragspartner über die Bereitstellung der für die Prüfung notwendigen Daten an die Gemeinsame Prüfungsstelle in der jeweils gültigen Fassung übermittelten Leistungs- und Ordnungsdaten.
- (7) Bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung ist in der Regel die Gesamttätigkeit des Arztes bzw. der Einrichtung zu berücksichtigen. Es gelten die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze.
- (8) Werden im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung der Behandlungsweise sachliche oder rechnerische Fehler vermutet oder festgestellt, wird der Vorgang bzw. Antrag ganz oder teilweise zur weiteren Bearbeitung an die KVBW abgegeben und das Prüfverfahren bis zum Abschluss des Berichtigungsverfahrens ausgesetzt. Die KVBW übermittelt den Bescheid gegenüber der Praxis sowohl den GPE als auch der antragstellenden Kasse. Werden Berichtigungen abgelehnt, erhält die antragstellende Kasse den Bescheid. Handelt es sich um Richtigstellungen von untergeordneter Bedeutung, entscheiden die GPE selbst. Fristen der Antragstellung zur sachlich-rechnerischen Berichtigung gelten als gewahrt.
- (9) Werden den GPE Tatsachen bekannt, die einen weitergehenden Korrekturbedarf oder weitere über die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit hinausgehende Verfahren erfordern, unterrichten sie hierüber die KVBW und die Verbände. In der Gemeinsamen Beratungskommission gemäß der Vereinbarung nach § 106d Abs. 5 SGB V werden die Beteiligten sowie die GPE über die getroffenen Maßnahmen unterrichtet. Werden den GPE im Rahmen statistischer Prüfungen einzelne Auffälligkeiten hinsichtlich bestehender Unwirtschaftlichkeit bekannt, können sie hierüber die KVBW, die zuständige Krankenkasse bzw. deren zuständigen Landesverband über die Möglichkeit der Antragstellung im Rahmen einer Prüfung im Einzelfall informieren.
- (10) Soweit in dieser Vereinbarung der Begriff Arzneimittel verwendet wird, bezieht er sich auf alle nach § 31 Abs. 1 SGB V in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogenen Produkte.
- (11) Bei Prüfanträgen nach den §§ 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 und 15 sind die gesetzlichen bzw. die von der Rechtsprechung entwickelten Verjährungs- bzw. Ausschlussfristen zu beachten.

§ 2

Gemeinsame Prüfungsstelle Baden-Württemberg

- (1) Die Aufgaben der Gemeinsamen Prüfungsstelle ergeben sich aus den gesetzlichen Regelungen nach §§ 106 bis 106c SGB V und der WiPrüfVO; diese sind insbesondere die Feststellung, ob Ärzte oder Einrichtungen gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit verstoßen haben und welche Maßnahmen zu treffen sind.
- (2) Die Struktur der Gemeinsamen Prüfungsstelle ergibt sich aus der Vereinbarung über die Errichtung der Gemeinsamen Prüfungsstelle in der jeweils gültigen Fassung.

§ 3

Gemeinsamer Beschwerdeausschuss Baden-Württemberg und Kammern

- (1) Die Aufgaben des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses und dessen Kammern ergeben sich aus den gesetzlichen Regelungen nach §§ 106 bis 106c SGB V, der WiPrüfVO und der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses und seiner Kammern.
- (2) Die Struktur und Besetzung des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses und dessen Kammern ergeben sich aus der Vereinbarung über die Errichtung des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses in der jeweils gültigen Fassung sowie der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses und seiner Kammern.

§ 4

Prüfgegenstände und Prüfarten

- (1) Die Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen einschließlich Sachkosten (Behandlungsweise) wird geprüft
 - im Einzelfall (§ 6) und
 - nach Durchschnittswerten (§ 7)
 - aufgrund von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung) bis einschließlich Quartal 4/2018.
- (2) Die Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter bzw. veranlasster Leistungen wird geprüft
 - im Einzelfall,
 - bezogen auf einzelne ärztliche Verordnungen von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln sowie sonstige veranlasste Leistungen gemäß § 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V (§§ 8, 10),
 - bezogen auf einzelne Mittel des Sprechstundenbedarfs (§ 9),
 - bezogen auf einzelne Verordnungen von planbaren Krankenhausbehandlungen, die auch ambulant hätten durchgeführt werden können (§ 8),
 - bezogen auf die Verordnung von Impfstoffen gemäß des Vertrages über die Versorgung mit Schutzimpfungen (§ 9),
 - bei medizinischer Rehabilitation (§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V),
 - bei Krankentransporten (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V),
 - bei Krankenhausbehandlung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V),
 - bei Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V),
 - bei Soziotherapie (§ 73 Abs. 2 Nr. 12 SGB V),
 - bei spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (§ 73 Abs. 2 Nr. 14 SGB V),
 - bei im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen,
 - im Rahmen des Entlassmanagements (§ 39 Abs.1a SGB V und §§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 i.V.m. 39 Abs. 1a SGBV),

- bei Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Abs. 1a SGB V,
 - bei häuslicher Krankenpflege (§ 73 Abs. 2 Nr. 8 SGB V),
 - bei Verordnung von Hilfsmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V),
 - nach statistischen Prüfmethode,
 - bei Überschreitung des prüfrelevanten Richtwertvolumens für Arznei- bzw. für Heilmittel (§ 12),
 - bei Nichterreicherung der Zielwerte nach der Arznei- bzw. Heilmittelvereinbarung (§ 14),
 - nach Durchschnittswerten (§ 13).
- (3) Die Prüfung auf Feststellung eines sonstigen Schadens erfolgt gemäß § 48 Abs. 1 BMV-Ä (§ 15).
- (4) Die Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen von Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind, wird im Einzelfall (§ 8) oder im Rahmen der Richtwertprüfung (§ 12) geprüft. Die Gemeinsame Prüfungsstelle entscheidet im Einzelfall, welches die geeignete Prüfmethode ist.
- (5) Bei einer Prüfung im Einzelfall sind vom Antragsteller die antragsbegründenden Unterlagen vorzulegen. Liegen der KVBW bereits Patientendokumentationen der Praxis vor, können diese nur mit Einverständnis des Arztes beigelegt werden.

Sofern im Rahmen der Prüfung der Behandlungsweise Sachkosten geprüft werden sollen, gehören hierzu neben den Einzelfallnachweisen auch die Belege über die abgerechneten Sachkosten. Bei einer Prüfung im Einzelfall der Behandlungsweise einschließlich Sachkosten ist für die Bezifferung des der jeweiligen Krankenkasse eingetretenen Schadens die Summe der abgerechneten Sachkosten mit der entsprechenden Begründung des Verdachts auf Unwirtschaftlichkeit ausreichend. Die konkrete Schadensbezifferung der benannten Unwirtschaftlichkeit erfolgt nach Sichtung der zugehörigen Sachkostenbelege durch die Gemeinsame Prüfungsstelle.

Liegen einer antragstellenden Kasse/einem Verband die Sachkostenbelege nicht vor, stellt die KVBW diese nach Anforderung durch die GPE ohne schuldhaftes Verzögerung zur Verfügung. Falls erforderlich, fordert die KVBW die Belege beim Arzt bzw. bei der Einrichtung an.

§ 5 Konkurrenzbestimmungen

- (1) Ein Antrag auf Durchschnittswertprüfung für Arznei- oder für Heilmittel (§ 13) für einen Zeitraum ist nicht zulässig, soweit für die maßgebliche Richtwertgruppe des Arztes bzw. der Einrichtung Richtwerte vereinbart wurden und die Voraussetzungen für eine Richtwertprüfung erfüllt sind.
- (2) Das bestandskräftige Ergebnis einer Einzelfallprüfung der Behandlungsweise (§ 6) ist bei einer Durchschnittswertprüfung der Behandlungsweise (§ 7) zu berücksichtigen.
- (3) Die Durchführung einer Richtwertprüfung (§ 12) bzw. Durchschnittswertprüfung (§ 13) hindert nicht an der Durchführung einer Einzelfallprüfung für Arznei- oder für Heilmittel (§ 8) oder der Prüfung der Einhaltung der Richtlinien nach § 92 SGB V (§ 10). Das bestandskräftige Ergebnis einer Einzelfallprüfung für Arznei- oder für Heilmittel (§ 8) und der Prüfung der

Einhaltung der Richtlinien nach § 92 SGB V (§ 10) ist bei einer Richtwerteprüfung (§ 12) bzw. Durchschnittswerteprüfung (§ 13) zu berücksichtigen. Das bestandskräftige Ergebnis einer Richtwerteprüfung (§ 12) bzw. Durchschnittswerteprüfung (§ 13) ist bei der Einzelfallprüfung für Arznei- oder für Heilmittel (§ 8) und der Prüfung der Einhaltung der Richtlinien nach § 92 SGB V (§ 10) zu berücksichtigen.

- (4) Ein in Bezug auf Arznei- oder Heilmittel bestandskräftig festgestellter sonstiger Schaden (§ 15) ist bei der Richtwerteprüfung (§ 12) bzw. Durchschnittswerteprüfung (§ 13) zu berücksichtigen.
- (5) Für die Konkurrenzbestimmungen der Zufälligkeitsprüfung bis einschließlich dem Quartal 4/2018 gilt die Prüfvereinbarung in der Fassung vom 01.01.2017.

§ 6

Prüfung der Behandlungsweise im Einzelfall

- (1) Eine Prüfung auf Wirtschaftlichkeit einzelner Behandlungsfälle findet auf Antrag der KVBW, eines Verbandes oder einer Krankenkasse statt. Der Antrag ist schriftlich zu begründen und soll mit den erforderlichen Unterlagen elektronisch gem. Anlage 1 dieser Vereinbarung eingereicht werden. Eine statistische Abweichung vom Durchschnitt einer Vergleichsgruppe allein reicht für eine Begründung nicht aus
- (2) Ein Antrag bis zu einem Betrag von 65 Euro (netto) je Arzt bzw. Einrichtung, Krankenkasse und Quartal ist unzulässig (Bagatellgrenze).
- (3) Ein begründeter Antrag ist ab Leistungsquartal 3/2021 bei der Prüfungsstelle spätestens 18 Monate nach Erlass des Honorarbescheides einzureichen. Prüfanträge, die die Quartale bis einschließlich 1/2019 betreffen, sind innerhalb einer Ausschlussfrist von vier Jahren nach Ablauf des in Prüfung stehenden Leistungsquartals zu stellen. Bezieht sich der Antrag auf mehrere Quartale ist der Fristbeginn für jedes Quartal gesondert zu betrachten.
- (4) Für die Prüfzeiträume der Leistungsquartale 2/2019 bis einschließlich 2/2021 ist eine Kürzung innerhalb von zwei Jahren nach Erlass des Honorarbescheids festzusetzen. Die Festsetzung einer Kürzung muss ab Leistungsquartal 3/2021 innerhalb weiterer zwölf Monate nach Ablauf der in Absatz 3 Satz 1 genannten Frist erfolgen (30 Monate nach Erlass des Honorarbescheides). Die Regelung des § 45 Abs. 2 SGB I findet hierbei keine entsprechende Anwendung.

§ 7

Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten

- (1) Die Prüfung auf Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten kann auf Antrag der KVBW stattfinden. Darüber hinaus kann ein Verband bzw. können die Verbände im Bereich der Leistungen, die als Einzelleistungen vergütet und über die KVBW abgerechnet werden, Anträge stellen. Antragstellungen des jeweiligen Verbands sind nur für höchstens 5 % der Vertragsärzte je Leistungsquartal zulässig. Der Antrag ist schriftlich zu begründen und soll mit den erforderlichen Unterlagen elektronisch gem. Anlage 1 dieser Vereinbarung eingereicht werden. Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen, dürfen bei Ärzten der betroffenen Arztgruppe keine Prüfungen nach Durchschnittswerten durchgeführt werden.
- (2) Die Prüfung erfolgt für den Zeitraum eines Leistungsquartals in der Regel durch einen Vergleich der entsprechend Anlage 1 aufbereiteten statistischen Werte des Arztes bzw. der Einrichtung.

- (3) Die Prüfung kann die Gesamttätigkeit des Arztes bzw. der Einrichtung (Gesamtfallwert), die in einzelnen Leistungsgruppen zusammengefasste Tätigkeit (Anlage 1) und/oder einzelne Abrechnungsnummern umfassen. Die Prüfung kann sich auf ambulante Leistungen und auf stationäre ärztliche Leistungen beziehen.
- (4) Gemäß § 106a Abs. 4 Satz 3 SGB V legen die Vertragspartner in Anlage 2 dieser Vereinbarung Praxisbesonderheiten fest, die sich aus besonderen Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers oder bei besonderen Behandlungsfällen ergeben. Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf durch die Prüfungsstelle anzuerkennen.
- (5) Ein begründeter Antrag ist ab Leistungsquartal 3/2021 bei der Prüfungsstelle spätestens 18 Monate nach Erlass des Honorarbescheides einzureichen. Prüfanträge, die die Quartale bis einschließlich 1/2019 betreffen, sind innerhalb einer Ausschlussfrist von vier Jahren nach Ablauf des in Prüfung stehenden Leistungsquartals zu stellen. Bezieht sich der Antrag auf mehrere Quartale ist der Fristbeginn für jedes Quartal gesondert zu betrachten.
- (6) Für die Prüfzeiträume der Leistungsquartale 2/2019 bis einschließlich 2/2021 ist eine Kürzung innerhalb von zwei Jahren nach Erlass des Honorarbescheids festzusetzen. Die Festsetzung einer Kürzung muss ab Leistungsquartal 3/2021 innerhalb weiterer zwölf Monate nach Ablauf der in Absatz 5 Satz 1 genannten Frist erfolgen (30 Monate nach Erlass des Honorarbescheides). Die Regelung des § 45 Abs. 2 SGB I findet hierbei keine entsprechende Anwendung.

§ 8

Prüfung der Verordnungsweise im Einzelfall

- (1) Eine Prüfung auf Wirtschaftlichkeit einzelner Verordnungen einzelner Ärzte bzw. Einrichtungen findet auf Antrag der KVBW, eines Verbandes oder einer Krankenkasse statt. Der Antrag ist schriftlich zu begründen und soll mit den erforderlichen Unterlagen elektronisch gem. Anlage 1 dieser Vereinbarung eingereicht werden.
- (2) Die Prüfung auf Einhaltung der Richtlinien gemäß § 92 SGB V regelt § 10.
- (3) Die Prüfung der Verordnungsweise für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils maßgeblichen Richtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, Arzneimittelrichtlinien, Heilmittelrichtlinien inkl. des Heilmittelkatalogs bzw. der Hilfsmittelrichtlinien. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Impfstoffen bezieht sich auf die Einhaltung der Regelungen im Vertrag über die Versorgung mit Schutzimpfungen.
- (4) Erforderliche Unterlagen sind die entsprechenden Verordnungsblätter, entweder im Original oder als Rezeptimage bzw. die erforderlichen e-Rezept-Datensätze. Im Antrag sind sowohl die entstandenen Brutto- als auch die Nettoverordnungskosten, unter Berücksichtigung aller Zuzahlungen der Versicherten sowie der gesetzlichen und vertraglichen Rabatte, getrennt je Arzt bzw. Einrichtung und Quartal sowie für die Einzelverordnungen auszuweisen.
- (5) Ein Antrag bis zu einem Betrag von 65 Euro (netto) je Arzt bzw. Einrichtung, Krankenkasse und Quartal ist unzulässig (Bagatellgrenze).
- (6) Für die Prüfzeiträume der Verordnungsquartale 2/2019 bis einschließlich 2/2021 hat die Krankenkasse ihren Antrag mit vollständigen prüfungsbegründenden Unterlagen sechs Monate vor Ablauf der in Absatz 7 Satz 1 genannten Frist der Prüfungsstelle zur Verfügung zu stellen.

Für darauffolgende Prüfzeiträume ab Verordnungsquartal 3/2021 hat die Krankenkasse ihren Antrag mit vollständigen prüfungsbegründenden Unterlagen spätestens 18 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, bei der Prüfungsstelle einzureichen. Prüfanträge, die die Quartale bis einschließlich 1/2019 betreffen, sind innerhalb einer Ausschlussfrist von vier Jahren nach Ablauf des jeweiligen Verordnungsquartals zu stellen. Bezieht sich der Antrag auf mehrere Quartale ist der Fristbeginn für jedes Quartal gesondert zu betrachten.

- (7) Für die Prüfzeiträume der Verordnungsquartale 2/2019 bis einschließlich 2/2021 ist eine Nachforderung innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, festzusetzen.

Für darauffolgende Prüfzeiträume ist eine Nachforderung innerhalb weiterer zwölf Monate nach Ablauf der in Abs. 6 Satz 2 genannten Frist (30 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind) festzusetzen. Die Regelung des § 45 Abs. 2 SGB I findet hierbei keine entsprechende Anwendung.

- (8) Die vorgenannten Fristen verlängern sich bei einer nicht fristgemäßen Datenlieferung gemäß § 1 Abs. 5 des Vertrags über den Datenträgeraustausch (Anlage 6 BMV-Ä) um den Zeitraum der Fristüberschreitung. Dem Arzt ist von der Prüfungsstelle eine angemessene Frist zur Stellungnahme einzuräumen. Diese hat in der Regel sechs Wochen zu betragen; in begründeten Einzelfällen kann diese Frist durch Antrag des Arztes bei der Prüfungsstelle verlängert werden.

§ 9

Prüfung der Verordnungsweise von Mitteln des Sprechstundenbedarfs einschließlich Impfstoffen im Einzelfall

- (1) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit einzelner Verordnungen einzelner Ärzte bzw. Einrichtungen von Mitteln des Sprechstundenbedarfs einschließlich Impfstoffen bezieht sich auf die Einhaltung der Regelungen der jeweils gültigen Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf (Sprechstundenbedarfsvereinbarung) und über die jeweils geltende Vereinbarung über die Versorgung mit Schutzimpfungen gemäß § 132e Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungsvereinbarung - KVBW) . Eine Prüfung findet auf Antrag der KVBW, eines Verbandes oder einer Krankenkasse statt. Der Antrag ist schriftlich zu begründen und soll mit den erforderlichen Unterlagen elektronisch gem. Anlage 1 dieser Vereinbarung eingereicht werden.
- (2) Nach § 106b Abs. 1a SGB V gilt bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe eine angemessene Überschreitung der Menge gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen als nicht unwirtschaftlich. Als wirtschaftlich gilt zumindest die Vorbestellquote, die die Vertragspartner bis zum 30.11. eines Kalenderjahres für die folgende Grippeimpfsaison vereinbaren.
- (3) Eine Begrenzung der Nachforderung auf die Kostendifferenz gem. § 106b Abs. 2a SGB V findet in den Fällen von
- a. Verordnungen von Mitteln, die nicht in der jeweils geltenden Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung aufgeführt sind oder den dortigen Bestimmungen nicht entsprechen oder
 - b. bei der Verordnung von Impfstoffen, die nach der Schutzimpfungsvereinbarung nicht über den Sprechstundenbedarf bezogen werden dürfen,

nicht statt.

- (4) Ein Antrag bis zu einem Betrag von 65 Euro (netto) je Arzt bzw. Einrichtung und Quartal ist unzulässig (Bagatellgrenze).
- (5) Für die Prüfzeiträume der Ordnungsquartale 2/2019 bis einschließlich 2/2021 hat die Krankenkasse ihren Antrag mit vollständigen prüfungsbegründenden Unterlagen sechs Monate vor Ablauf der in Absatz 6 Satz 1 genannten Frist der Prüfungsstelle zur Verfügung zu stellen.

Für darauffolgende Prüfzeiträume ab Ordnungsquartal 3/2021 hat die Krankenkasse ihren Antrag mit vollständigen prüfungsbegründenden Unterlagen spätestens 18 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, bei der Prüfungsstelle einzureichen. Prüfanträge, die die Quartale bis einschließlich 1/2019 betreffen, sind innerhalb einer Ausschlussfrist von vier Jahren nach Ablauf des jeweiligen Ordnungsquartals zu stellen. Bezieht sich der Antrag auf mehrere Quartale ist der Fristbeginn für jedes Quartal gesondert zu betrachten.

- (6) Für die Prüfzeiträume der Ordnungsquartale 2/2019 bis einschließlich 2/2021 ist eine Nachforderung innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, festzusetzen.

Für darauffolgende Prüfzeiträume ist eine Nachforderung innerhalb weiterer zwölf Monate nach Ablauf der in Abs. 5 Satz 2 genannten Frist (30 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind) festzusetzen. Die Regelung des § 45 Abs. 2 SGB I findet hierbei keine entsprechende Anwendung.

- (7) Die vorgenannten Fristen verlängern sich bei einer nicht fristgemäßen Datenlieferung gemäß § 1 Abs. 5 des Vertrags über den Datenträgeraustausch (Anlage 6 BMV-Ä) um den Zeitraum der Fristüberschreitung. Dem Arzt ist von der Prüfungsstelle eine angemessene Frist zur Stellungnahme einzuräumen. Diese hat in der Regel sechs Wochen zu betragen; in begründeten Einzelfällen kann diese Frist durch Antrag des Arztes bei der Prüfungsstelle verlängert werden.

§ 10

Prüfung auf Einhaltung der Richtlinien nach § 92 SGB V

- (1) Eine Einzelfallprüfung auf Einhaltung der Richtlinien nach § 92 SGB V erfolgt von Amts wegen durch die GPE. Die Prüfung findet in der Regel halbjährlich statt. Prüfgegenstände und zu prüfende Ordnungszeiträume werden von den Vertragspartnern festgelegt. Über die Festlegung ist der Arzt bzw. die Einrichtung durch die KVBW zu informieren. Eine Prüfung findet erstmals für das zweite auf die Information folgende Ordnungsquartal statt. Für die von den Vertragspartnern festgelegten Prüfgegenstände ist ab diesem Zeitpunkt eine Antragstellung gemäß § 8 auch für vorangegangene Ordnungszeiträume ausgeschlossen.

Die Vertragspartner tragen damit dem Ergebnis einer Prüfung des Bundesrechnungshofs aus dem Jahre 2013 Rechnung, wonach die gesetzlichen Krankenkassen in sehr unterschiedlicher Intensität Einzelfallanträge auf Überprüfung der Einhaltung von Richtlinien nach § 92 SGB V stellten.

- (2) Die Vertragspartner vereinbaren, dass keine Maßnahmen getroffen werden, wenn der festgestellte Verstoß den Betrag von 65 Euro (netto) je Arzt bzw. Einrichtung, Kasse und Quartal unterschreitet. Unter Verstoß ist hierbei die für das jeweilige Quartal und Kasse summierte Anzahl der einzelnen Verstöße zu fassen.
- (3) Für die Prüfgegenstände, die nicht Gegenstand der Prüfung nach Absatz 1 sind, ist eine Einzelfallprüfung auf Antrag weiterhin möglich. Ein Antrag bis zu einem Betrag von 300

Euro (netto) je Arzt bzw. Einrichtung, Krankenkasse und Quartal ist hierbei unzulässig. Dies gilt jeweils nur für die sonstigen Prüfgegenstände derjenigen Richtlinie nach § 92 SGB V, für welche auch tatsächlich Prüfgegenstände von Amts wegen vereinbart wurden. Sind innerhalb einer Richtlinie einzelne Bereiche abgrenzbar, z.B. bei den verschiedenen Anlagen der Arzneimittelrichtlinie, so ist für den Fall, dass Prüfgegenstände nur in Bezug auf einen Teilbereich vereinbart wurden, die erhöhte Bagatellgrenze nur für sonstige Prüfgegenstände innerhalb dieses Bereichs anzuwenden und bezieht sich nicht auf die übrigen Regelungen der Richtlinie selbst.

- (4) Die in § 10 Abs. 1 - 3 geregelte Richtlinienprüfung von Amts wegen umfasst auch den Bereich des Entlassmanagements. In diesen Fällen erfolgt die Information über die festgelegten Prüfgegenstände nicht über die KVBW, sondern durch die Verbände. Für die Prüfung von Krankenhäusern im Rahmen des Entlassmanagements gilt jedoch für Verordnungszeiträume vom 01.10.2017 bis 30.09.2019 die erhöhte Bagatellgrenze von 300 Euro (netto) nicht.
- (5) Für die Prüfzeiträume der Verordnungsquartale 2/2019 bis einschließlich 2/2021 hat die Krankenkasse ihren Antrag mit vollständigen prüfungsbegründenden Unterlagen sechs Monate vor Ablauf der in Absatz 6 Satz 1 genannten Frist der Prüfungsstelle zur Verfügung zu stellen.

Für darauffolgende Prüfzeiträume ab Verordnungsquartal 3/2021 hat die Krankenkasse ihren Antrag mit vollständigen prüfungsbegründenden Unterlagen spätestens 18 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, bei der Prüfungsstelle einzureichen. Prüfanträge, die die Quartale bis einschließlich 1/2019 betreffen, sind innerhalb einer Ausschlussfrist von vier Jahren nach Ablauf des jeweiligen Verordnungsquartals zu stellen. Bezieht sich der Antrag auf mehrere Quartale ist der Fristbeginn für jedes Quartal gesondert zu betrachten.

- (6) Für die Prüfzeiträume der Verordnungsquartale 2/2019 bis einschließlich 2/2021 ist eine Nachforderung innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, festzusetzen.

Für darauffolgende Prüfzeiträume ist eine Nachforderung innerhalb weiterer zwölf Monate nach Ablauf der in Abs. 5 Satz 2 genannten Frist (30 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind) festzusetzen. Die Regelung des § 45 Abs. 2 SGB I findet hierbei keine entsprechende Anwendung.

§ 11

Prüfgegenstände außerhalb der Arzneimittel-Therapiebereiche (exRW)

- (1) Eine Einzelfallprüfung bezüglich der von den Vertragspartnern vereinbarten Wirkstoffe, welche nicht Gegenstand der Richtwertprüfung sind (siehe Vereinbarung nach § 106b Abs. 1 SGB V, „Arzneimittel-Richtwertvereinbarung“) erfolgt von Amts wegen durch die GPE. Prüfgegenstände und zu prüfende Verordnungszeiträume werden von den Vertragspartnern festgelegt. Über die Festlegung ist der Arzt bzw. die Einrichtung durch die KVBW zu informieren. Eine Prüfung findet erstmals für das zweite auf die Information folgende Verordnungsquartal statt. Für die von den Vertragspartnern festgelegten Prüfgegenstände ist ab dem Zeitpunkt der Information eine Antragstellung gemäß § 8 auch für vorangegangene Verordnungszeiträume ausgeschlossen. Einzelfallprüfungen auf Antrag gemäß § 8 bleiben für nicht definierte Prüfgegenstände möglich.

- (2) Die Vertragspartner vereinbaren, dass keine Maßnahmen getroffen werden, wenn der festgestellte Verstoß den Betrag von 65 Euro (netto) je Arzt bzw. Einrichtung, Kasse und Quartal unterschreitet.
- (3) Für die Prüfzeiträume der Ordnungsquartale 2/2019 bis einschließlich 2/2021 ist eine Nachforderung innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, festzusetzen.

Für darauffolgende Prüfzeiträume ist eine Nachforderung innerhalb weiterer zwölf Monate nach Ablauf der in § 8 Abs. 6 Satz 2 genannten Frist (30 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind) festzusetzen. Die Regelung des § 45 Abs. 2 SGB I findet hierbei keine entsprechende Anwendung.

§ 12

Prüfung der Ordnungsweise nach Richtwerten (statistische Prüfmethode)

- (1) Eine Prüfung wegen der Überschreitung von Richtwertvolumen erfolgt getrennt für Arzneimittel und Heilmittel von Amts wegen durch die Gemeinsame Prüfungsstelle (Auffälligkeitsprüfung), soweit die Vertragspartner nichts Abweichendes hiervon vereinbaren.
- (2) Die Überschreitung ergibt sich aus dem Vergleich des prüfrelevanten Richtwertvolumens mit dem entsprechenden Ordnungsvolumen. Bei der Prüfung werden die Ordnungsdaten eines Kalenderjahres und die jeweils geltende Richtwertvereinbarung zu Grunde gelegt.
- (3) Kann eine Richtwertprüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt die Prüfung auf Grundlage des jeweiligen Fachgruppen- bzw. Vergleichsgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben. Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend.
- (4) Ist eine Nachforderung festzusetzen, erfolgt diese grundsätzlich in Höhe der Differenz des um Praxisbesonderheiten bereinigten Ordnungsvolumens und des um 25 % erhöhten praxisindividuellen Richtwertvolumens. Die Festsetzung einer Nachforderung auf Grund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, die von Amts wegen durchzuführen ist, muss für ärztlich verordnete Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, erfolgen; § 45 Absatz 2 SGB I gilt entsprechend.
- (5) Das weitere Verfahren ist in der jeweils geltenden Richtwertvereinbarung geregelt.
- (6) Ist eine Prüfung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht möglich, verständigen sich die Vertragspartner.

§ 13

Prüfung der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten (statistische Prüfmethode)

- (1) Die Prüfung auf Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten findet nur auf Antrag der KVBW oder eines Verbandes/der Verbände statt, wenn die Prüfung nicht nach einer anderen statistischen Prüfmethode durchgeführt werden kann. Der Antrag ist schriftlich zu begründen und soll mit den erforderlichen Unterlagen elektronisch gem. Anlage 1 dieser Vereinbarung eingereicht werden.

Die Prüfung erfolgt für den Zeitraum eines Ordnungsquartals in der Regel durch einen Vergleich der entsprechend Anlage 1 aufbereiteten statistischen Werte des Arztes bzw. der

Einrichtung. Die Statistiken nach Durchschnittswerten werden nur für diejenigen Praxen erstellt, deren Richtwertgruppe ein Richtwert zugeordnet wurde.

- (2) Für Prüfzeiträume Verordnungsquartale 2/2019 bis einschließlich 2/2021 betreffend ist der Antrag mit vollständigen prüfungsbegründenden Unterlagen sechs Monate vor Ablauf der in Absatz 3 Satz 1 genannten Frist der Prüfungsstelle zur Verfügung zu stellen.

Für darauffolgende Prüfzeiträume ab Verordnungsquartal 3/2021 ist der Antrag mit vollständigen prüfungsbegründenden Unterlagen spätestens 18 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, bei der Prüfungsstelle einzureichen. Prüfanträge, die die Quartale bis einschließlich 1/2019 betreffen, sind innerhalb einer Ausschlussfrist von vier Jahren nach Ablauf des jeweiligen Verordnungsquartals zu stellen. Bezieht sich der Antrag auf mehrere Quartale ist der Fristbeginn für jedes Quartal gesondert zu betrachten.

- (3) Für Prüfzeiträume der Verordnungsquartale 2/2019 bis einschließlich 2/2021 ist eine Nachforderung innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, festzusetzen.

Für darauffolgende Prüfzeiträume ist eine Nachforderung innerhalb weiterer zwölf Monate nach Ablauf der in Abs. 2 Satz 2 genannten Frist (30 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden ist) festzusetzen. Die Regelung des § 45 Abs. 2 SGB I findet hierbei keine entsprechende Anwendung.

- (4) Die vorgenannten Fristen verlängern sich bei einer nicht fristgemäßen Datenlieferung gemäß § 1 Abs. 5 des Vertrags über den Datenträgeraustausch (Anlage 6 BMV-Ä) um den Zeitraum der Fristüberschreitung. Dem Arzt ist von der Prüfungsstelle eine angemessene Frist zur Stellungnahme einzuräumen. Diese hat in der Regel sechs Wochen zu betragen; in begründeten Einzelfällen kann diese Frist durch Antrag des Arztes bei der Prüfungsstelle verlängert werden.

§ 14

Prüfung Wirtschaftlichkeitsziele

Die Einhaltung der in den jeweils maßgeblichen Arznei- bzw. Heilmittelvereinbarungen gemäß § 84 Abs. 1 und Abs. 7 SGB V definierten Wirtschaftlichkeitsziele wird nach den in diesen Vereinbarungen geregelten Maßstäben geprüft.

§ 15

Prüfung auf Feststellung eines sonstigen Schadens

- (1) Die Prüfung auf Feststellung eines sonstigen Schadens im Sinne von § 48 Abs. 1 BMV-Ä findet in der Regel auf Antrag eines Verbandes oder einer Krankenkasse statt. Dieser kann gestellt werden, wenn vermutet wird, dass einer Krankenkasse durch die schuldhafte Verletzung vertragsärztlicher Pflichten durch einen Arzt bzw. eine Einrichtung ein Schaden entstanden ist. Der Antrag ist schriftlich zu begründen und soll mit den erforderlichen Unterlagen elektronisch gem. Anlage 1 dieser Vereinbarung eingereicht werden.
- (2) Prüfanträge sind abzulehnen, soweit sie nicht innerhalb der generellen Verjährungsfrist von vier Jahren gestellt werden und dies entsprechend als Einrede durch den Arzt bzw. die Einrichtung geltend gemacht ist. Die Verjährungsfrist beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres des Schadenseintritts.

- (3) Die zur Geltendmachung des vermuteten Schadens erforderlichen Unterlagen werden vom Antragsteller in einem für die Durchführung der Prüfung ausreichenden Umfang zur Verfügung gestellt.
- (4) Die Vertragspartner vereinbaren, dass ein Antrag bis zu einem Betrag von 50 Euro (netto) je Arzt bzw. Einrichtung, Krankenkasse und Quartal unzulässig ist (Bagatellgrenze).

§ 16 Maßnahmen

- (1) Die von den GPE festgelegten Maßnahmen werden den am Verfahren Beteiligten durch Bescheid bekannt gemacht.
- (2) Die GPE können folgende Maßnahmen treffen:
 - Einstellung des Verfahrens,
 - keine Maßnahme,
 - Beratung, in der Regel schriftlich,
 - individuelle, nachforderungsersetzende Beratung nach § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V, in der Regel schriftlich,
 - Honorarkürzung,
 - Nachforderung,
 - Schadensersatz nach Feststellung eines sonstigen Schadens dem Grunde und der Höhe nach.
- (3) Wird Unwirtschaftlichkeit festgestellt, sollen gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen (§ 106 Abs. 3 S. 6 SGB V). Die Gemeinsame Prüfungsstelle kann sich Dritter bedienen, um Beratungen durchzuführen.
- (4) Die Vertragspartner verständigen sich im Falle der Festsetzung von Nachforderungen und Honorarkürzungen auf folgende geeignete Maßnahmen, um die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Praxen zu berücksichtigen:

Im Falle der erstmaligen Festsetzung einer Nachforderung für Prüfungen nach § 12 und § 13 (d.h. wenn zuvor noch kein Regress nach § 106 SGB V in der Fassung bis zum 31.12.2016 festgesetzt worden ist) erfolgt eine Begrenzung dieser Nachforderung für jeden Verordnungsbereich, wenn diese eine Summe von 5.000 Euro übersteigt. In diesem Fall wird die festzusetzende Nachforderung auf maximal 10 % des Gesamthonorars aus der gesetzlichen Krankenversicherung (einschließlich der abgerechneten Behandlungsfälle aus Selektivverträgen, exklusiv der gesondert abrechnungsfähigen Sachkosten) für den Prüfzeitraum, jedoch mindestens auf einen Betrag in Höhe von 5.000 Euro begrenzt. Für die darauffolgende Festsetzung einer Nachforderung erfolgt, wenn die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen, die Begrenzung auf einen Betrag von maximal 25 % des Gesamthonorars aus der gesetzlichen Krankenversicherung für den Prüfzeitraum. Um diese Feststellungen treffen zu können, übermitteln die Vertragspartner auf Anforderung der GPE die Honorarabrechnungen für den relevanten Prüfzeitraum sowohl für die kollektivvertraglichen als auch selektivvertraglichen Behandlungsfälle, soweit der Arzt bzw. die Einrichtung hierzu einwilligt. Sofern keine Einwilligung vorliegt, findet die Begrenzungsregelung keine Anwendung. Hierbei wird jeweils das Gesamthonorar der gesamten BSNR und nicht lediglich der betroffenen Richtwertgruppe herangezogen.

Satz 4 findet auch in den Fällen Anwendung, in denen es sich für die geprüfte Praxis um das zweite Nachforderungsjahr handelt, jedoch für das erste Jahr noch eine Regressfestsetzung nach § 106 SGB V in der Fassung bis zum 31.12.2016 stattgefunden hat. Die Nachforderungsbegrenzung findet keine Anwendung im Falle der erneuten Festsetzung einer Nachforderung i.S.d. § 17 Abs. 3.

- (5) Bei der Festsetzung von Nachforderungen und bei Feststellung eines sonstigen Schadens sind die Zuzahlungen der Versicherten und die den Krankenkassen gewährten gesetzlichen und vertraglichen Rabatte zu berücksichtigen. Die Krankenkassen übermitteln der Gemeinsamen Prüfungsstelle die entsprechenden Beträge als Summe der Zuzahlungen der Versicherten und die Beträge der erhaltenen gesetzlichen und vertraglichen Rabatte arztbezogen.
- (6) Bei der Festsetzung von Nachforderungen bei Prüfungen nach §§ 7, 12, 13 und 14 muss der Bescheid sowohl die Nachforderungssumme, die auf den vertragsärztlichen Versorgungsbereich entfällt, als auch die Nachforderungssumme, die in den Versorgungsbereich im Rahmen von Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in der Fassung vom 22.07.2015, § 140a SGB V in der Fassung vom 22.07.2015 und § 140a SGB V entfällt, ausweisen. Die Anteile der Nachforderungssummen werden anhand der jeweiligen ambulant kurativen Fallzahlen aus den Versorgungsverträgen gemäß §§ 73b und 73c SGB V in der Fassung vom 22.07.2015 in Bezug auf die Gesamtfallzahl des Arztes bzw. der Einrichtung von der Gemeinsamen Prüfungsstelle ermittelt. Dafür liefern die Vertragspartner der Gemeinsamen Prüfungsstelle die erforderlichen Fallzahlen. Für die Festsetzung von Nachforderungen nach Prüfungen im Einzelfall (§§ 6, 8, 9 und 10) oder nach Feststellung eines sonstigen Schadens (§ 15) erfolgt die Aufteilung der Nachforderungen für den vertragsärztlichen und außervertragsärztlichen Bereich gesondert.
- (7) Bei der Festsetzung von Nachforderungen bei Prüfungen nach §§ 8, 9, 11, 12 und 13 sind Nachforderungen für Verordnungsquartale ab 2/2019 auf die Differenz der Kosten zwischen den wirtschaftlichen und der tatsächlich verordneten Leistung zu begrenzen. Etwaige Einsparungen begründen keinen Anspruch zugunsten des verordnenden Arztes. Die Berücksichtigung einer Kostendifferenz ist nur dann vorzunehmen, wenn die in Rede stehende Verordnung nicht bereits durch § 34 SGB V oder nach Anlage 1 der Heilmittel-Richtlinie ausgeschlossen ist und die Voraussetzungen nach § 12 Abs. 11 Arzneimittel-Richtlinie nicht vorliegen. Für Quartale ab 3/2022 ist nach den geltenden Rahmenvorgaben die Berücksichtigung einer Kostendifferenz nur dann vorzunehmen, wenn die in Rede stehende Verordnung unwirtschaftlich ist und nicht unzulässig und somit von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen ist. Ausgenommen von der Anwendung der Differenzschadensmethode sind ärztliche Verordnungen, die durch gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen wie z.B. § 34 SGB V, Anlage 1 der Heilmittel-Richtlinie ausgeschlossen sind und für die Voraussetzungen nach § 12 Abs. 11 Arzneimittel-Richtlinie nicht vorliegen. Bei Prüfungen nach § 9 gilt für Nachforderungen ab Verordnungsquartal 2/2019 zur Ausnahme von der Differenzschadensmethode ergänzend die Regelung des § 9 Abs.3.

Für die Berücksichtigung der Kostendifferenz soll die Krankenkasse im Prüfantrag die wirtschaftliche Leistung bzw. die durchschnittlichen wirtschaftlichen Verordnungskosten benennen und begründen. Die Prüfungsstelle legt für die Berücksichtigung der Kostendifferenz die zu Grunde zu legende wirtschaftliche Leistung fest. Dabei hat sie neben Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auch den Stand der evidenzbasierten medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen.

§ 17

Maßnahmen bei statistischen Prüfungen, erstmalige Auffälligkeit

- (1) Im Rahmen von statistischen Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2 geht die individuelle Beratung bei erstmaliger Auffälligkeit der Festsetzung von weiteren Maßnahmen vor (§ 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V). Dies gilt für jeden Verordnungsbereich gemäß § 4 Abs. 2 gesondert.
- (2) Erstmalige Auffälligkeit liegt vor, wenn bisher weder eine individuelle Beratung des Arztes bzw. der Einrichtung nach § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt, noch eine Nachforderung oder Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V in der Fassung bis zum 31.12.2016 erfolgt ist.
- (3) Eine erstmalige Auffälligkeit (nach Abs. 2) liegt auch vor, wenn eine individuelle Beratung (§ 106 Abs. 5e SGB V in der Fassung bis zum 31.12.2016 bzw. § 16 Abs. 2), oder eine Nachforderung nach § 106 SGB V (in der Fassung bis zum 31.12.2016) bzw. nach § 16 Abs. 2 und 4 länger als fünf Jahre nach der zuletzt festgesetzten behördlichen Maßnahme zurückliegen. Die Fünf-Jahres-Frist beginnt ab dem Zeitpunkt der zuletzt festgesetzten behördlichen Maßnahme zu laufen. Voraussetzung ist, dass die Maßnahme, vom aktuellen auffälligen Verordnungsjahr aus betrachtet, mehr als fünf Jahre zurückliegt.
- (4) Die schriftliche individuelle Beratung gilt mit Zustellung des Dokuments zur schriftlichen Beratung als erfolgt. Die individuelle Beratung kann zeitgleich mit dem Versand des Prüfbescheids erfolgen und soll spätestens sechs Monate nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheids durchgeführt worden sein.
- (5) Der Arzt bzw. die Einrichtung kann in begründeten Fällen im Rahmen der individuellen Beratung die Feststellung der Gemeinsamen Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten oder besonderen Versorgungsbedarfen bei Heilmitteln beantragen. Eine solche Feststellung kann auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung einer Nachforderung nach § 106 Abs. 3 Satz 2 SGB V droht. Das Nähere zum weiteren Umgang mit den festgestellten Praxisbesonderheiten regeln die Vertragspartner.
- (6) Die Festsetzung einer individuellen Beratung als Maßnahme bei statistischen Prüfungen durch die Gemeinsame Prüfungsstelle hat in der Regel innerhalb von zwei Jahren nach Ende des Prüfungszeitraums zu erfolgen. Im Falle eines Widerspruchsverfahrens soll die Entscheidung des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses gemäß § 106c Abs. 1 SGB V in der Regel innerhalb von zwei Jahren nach Zugang des Widerspruchs bei der Gemeinsamen Prüfungsstelle erfolgen.
- (7) Weitere Maßnahmen im Rahmen einer statistischen Prüfung dürfen erstmals für den Prüfzeitraum nach erfolgter individueller Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden. Für die Prüfzeiträume, in denen sich die individuelle Beratung inhaltlich noch nicht auswirken konnte (Zwischenjahre), sind erneut individuelle Beratungen zu erteilen, soweit eine entsprechende Auffälligkeit auch in diesen Prüfzeiträumen besteht. Für die Beurteilung zu welchem Zeitpunkt die Beratung i. S. d. Satzes 1 erfolgt ist, ist dennoch allein auf die erstmalig erteilte Beratung abzustellen. Wird die erstmalig erteilte Beratung aufgehoben, ist jeweils die darauffolgende Beratung für die Beurteilung des Zeitpunkts der erfolgten Beratung maßgeblich.

Individuelle Beratungen oder weitere Maßnahmen nach erfolgter individueller Beratung (Nachforderung) dürfen für die ersten beiden Prüfzeiträume für erstmalig in der Bundesrepublik Deutschland zugelassene Ärzte nicht festgesetzt werden. Dies gilt auch für diejenigen Ärzte, die vor Anwendbarkeit dieser Prüfvereinbarung zugelassen waren, für die es sich aber um den zweiten Prüfzeitraum nach dieser Vereinbarung handelt. Diese Regelung umfasst lediglich echte Zulassungen, d.h. Angestellte sind von dieser Regelung nicht betroffen. Zudem ist neben der Zulassung die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit

erforderlich. Die Regelung ist für statistische Prüfungen nach §§ 12 und 13 jeweils getrennt anzuwenden. Im Fall der unterjährigen Neuzulassung stellt für die Richtwertprüfung nach § 12 das Jahr, in dem die Neuzulassung erfolgt, keinen Prüfzeitraum nach Satz 1 dar, da nicht in allen vier Quartalen Verordnungen ausgestellt worden sein können und damit keine kalenderjahresbezogene Richtwertprüfung durchgeführt werden kann. Ist in diesen Fällen durch die GPE bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) eine Nachforderung festzusetzen, wird der festzusetzende Betrag um den Anteil des Zulassungsumfangs des neu zugelassenen Arztes entsprechend gemindert. Die GPE stellen im Prüf- bzw. Widerspruchsbescheid auf Rechtsfolgenseite ausdrücklich dar, dass die entsprechende LANR von der Festsetzung der für die BSNR haftungsrechtlich geltenden Nachforderung ausgenommen ist.

- (8) Ärztinnen und Ärzte, die in einem Bereich tätig werden oder sind, in dem der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 SGB V eine Unterversorgung festgestellt hat, werden besonders berücksichtigt. Für das Jahr der Feststellung einer Unterversorgung wird die statistische Prüfung für die Ärztinnen und Ärzte des betroffenen Planungsbereichs weiterhin durchgeführt. Im Falle einer statistischen Auffälligkeit erfolgt allerdings keine belastende Rechtsfolge, sondern lediglich eine Information über eine wirtschaftliche Verordnungsweise. Dies ist weder eine individuelle Beratung nach § 17 Abs. 2, noch eine nachforderungsersetzende Beratung nach § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V. Diese Regelung gilt bei weiter festgestellter Unterversorgung auch für die zwei darauffolgenden Kalenderjahre.

Dies gilt auch für erstmalig in der Bundesrepublik Deutschland zugelassene Ärztinnen und Ärzte. Soweit die besondere Schutzfrist nach § 17 Abs. 7 Teil 2 bereits beendet ist, darf die Befreiung von belastenden Rechtsfolgen maximal drei weitere Jahre betragen.

Nach Ablauf der drei Jahre werden die Prüfungen im nach der Prüfvereinbarung festgelegten Rahmen durchgeführt.

- (9) Wird der Bescheid, mit dem die Beratung festgesetzt wurde, rechtskräftig aufgehoben, so gilt die individuelle Beratung als Maßnahme nach § 106b Abs. 2 S. 3 SGB V als nicht erfolgt.
- (10) Die Prüfungen werden bei den erstmals zugelassenen Ärzten entsprechend der Prüfvereinbarung durchgeführt. Zusätzlich verständigen sich die Vertragspartner auf geeignete Steuerungsinstrumente in den ersten beiden Prüfzeiträumen nach der Zulassung.
- (11) Die individuelle Beratung von Seiten der GPE wird grundsätzlich bezogen auf die jeweilige geprüfte Vergleichsgruppe der BSNR (Richtwertgruppe) erteilt und entfaltet ihre Wirkung jedoch auch individuell für alle Ärzte (LANR) innerhalb dieser Richtwertgruppe. Dies hat zur Folge, dass ein neu in die BAG/das MVZ eintretender Arzt sich die für die jeweilige Vergleichsgruppe der BSNR (RWG) erteilte Beratung aus haftungsrechtlichen Gründen anrechnen lassen und für eine ggf. danach festzusetzende Nachforderung mithaften muss, obwohl er von der Beratung inhaltlich gar nicht betroffen war, da er für den der Beratung zugrundeliegenden Verordnungszeitraum noch nicht Teilnehmer der BAG/des MVZ war und somit bei dem zu beratenden Ordnungsverhalten nicht beteiligt war.

Dies gilt zumindest, soweit noch ein Arzt der beratenen Vergleichsgruppe der BSNR (RWG) bereits schon zum Zeitpunkt der in Prüfung stehenden Verordnungen bzw. zum Zeitpunkt, in welchem die Beratung erteilt wurde, Mitglied der BAG / des MVZ (RWG der BSNR) war.

Für den Fall, dass ein vollständiger Praxismitgliederwechsel in der Vergleichsgruppe (RWG) der alten BSNR stattgefunden hat und damit wohl keine Kenntnis über eine erteilte Beratung besteht und selbst im Fall der Kenntnis die erteilte Beratung für die neuen

Praxisinhaber wohl nicht mehr einsehbar wäre, ist diese Vergleichsgruppe der BSNR (RWG) erneut zu beraten.

Die Beratung gilt auch dann weiter als erteilt, wenn der beratene Arzt (LANR) in eine andere BSNR wechselt, soweit diese sich allein unter einer neuen BSNR zulässt bzw. wenn er in seiner neuen BSNR einziger RWG-Teilnehmer ist. Darüber hinaus gilt in diesem Fall die Beratung auch für die in der Praxis verbleibenden Richtwertgruppenteilnehmer weiter als erteilt, auch wenn die Praxis auf Grund des Austritts des Arztes eine neue BSNR erhält.

Die Richtwertgruppenteilnehmer einer BSNR gelten auch dann weiter als beraten, wenn sich auf Grund des Eintritts eines neuen Arztes (LANR) die bisherige BSNR entsprechend den Vergaberegeln der Kassenärztlichen Vereinigung BW ändert.

§ 18

Verfahren bei der Gemeinsamen Prüfungsstelle

- (1) Über die Einleitung des Prüfverfahrens wird der Arzt bzw. die Einrichtung unverzüglich durch die Gemeinsame Prüfungsstelle informiert. Er wird dabei zum einen auf die Möglichkeit hingewiesen, innerhalb einer angemessenen Frist schriftlich Stellung zu nehmen und zum anderen, dass nach Ablauf der Frist eine Entscheidung auch ohne vorliegende Stellungnahme ergeht.
- (2) Über eingeleitete Prüfverfahren werden die Verbände – bei Antragstellung durch eine Krankenkasse nur der zuständige Verband – und die KVBW unverzüglich informiert. Sie sind am Verfahren beteiligt und können ebenfalls Stellungnahmen abgeben.

Der Versand von Prüfungsunterlagen sowie von abschließenden Entscheidungen der GPE erfolgt ausschließlich in elektronischer Form. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen erhalten diese Unterlagen per E-Mail, die beteiligten Krankenkassen per Post. Die Vertragspartner sind sich einig, dass der elektronische Versand von Unterlagen auch im Rahmen von Prüfungen auf Antrag einer Krankenkasse mit dieser per E-Mail erfolgen kann. Dies gilt, soweit die jeweilige Krankenkasse dieser Vorgehensweise zugestimmt hat. Die GPE stellen hierbei sicher, dass der Weg der Datenübermittlung aus datenschutzrechtlicher Sicht zulässig ist. Der Arzt bzw. die Einrichtung erhält die Prüfungsunterlagen und abschließenden Entscheidungen in Papierform.

Die KVBW erhält die Unterlagen über ein gemeinsam genutztes Austauschlaufwerk. Die GPE stellen hierbei sicher, dass der Weg der Datenübermittlung aus datenschutzrechtlicher Sicht zulässig ist.

Die GPE dokumentieren den Zugang der entsprechenden Inhalte beim Empfänger über das jeweilige Datum des Abrufs durch den Adressaten. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Dokumente bei erfolglosem erstem Zustellversuch seitens der GPE mit dem zweiten Zustellversuch ohne Abruferfordernis als zugestellt gelten. Hierbei gilt das Datum des dokumentierten Zustellversuchs als Datum der Bekanntgabe.

Soweit die Vertragspartner im Rahmen der Vollstreckung von Nachforderungen eine vollstreckbare Ausfertigung des Prüf- bzw. Widerspruchsbescheides in einzelnen Fällen benötigen, können sie die GPE zur Vorlage einer vollstreckbaren Ausfertigung auffordern. Die GPE wird diese dann in Papierform übermitteln.

- (3) Der Arzt bzw. die Einrichtung ist verpflichtet, der Gemeinsamen Prüfungsstelle alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung des Verfahrens notwendig sind.

- (4) Die Gemeinsame Prüfungsstelle kann für die Durchführung des Verfahrens Gutachter und andere sachkundige Personen hinzuziehen.
- (5) Das Prüfverfahren bei der Gemeinsamen Prüfungsstelle findet grundsätzlich schriftlich statt. Sie kann für einzelne Prüfverfahren Abweichendes bestimmen.
- (6) Die Gemeinsame Prüfungsstelle erlässt gegenüber den am Verfahren Beteiligten über ihre Entscheidung einen schriftlichen Bescheid oder informiert diese schriftlich über eine anderweitige Erledigung des Verfahrens. Es gelten die §§ 31 SGB X ff.
- (7) Der Bescheid muss mindestens enthalten:
 - Angaben über die Prüffart und die Prüfmethode,
 - eine zusammenfassende Darstellung des Sachverhalts,
 - die Entscheidung einschließlich ihrer Begründung,
 - eine Belehrung über den gemäß § 84 Abs. 1 SGG zulässigen Rechtsbehelf gegen den Bescheid.

§ 19 Widerspruchsverfahren

- (1) Gegen einen Bescheid der Gemeinsamen Prüfungsstelle können der betroffene Arzt bzw. die Einrichtung, die Antrag stellende Krankenkasse, die Verbände oder die KVBW innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch bei der zuständigen Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses erheben.

Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Gemeinsamen Prüfungsstelle einzureichen. Der Widerspruch soll begründet werden. Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 SGG anzuwenden.

- (2) In Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V ausgeschlossen sind, findet ein Widerspruchsverfahren nicht statt (§ 106c Abs. 3 Satz 6 SGB V).
- (3) Im Falle eines Widerspruchsverfahrens soll die Entscheidung des Beschwerdeausschusses gemäß § 106c Abs. 1 SGB V innerhalb von zwei Jahren nach Zugang des Widerspruchs bei der Prüfungsstelle erfolgen.
- (4) Die zuständige Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses bestätigt den Eingang des Widerspruchs und gibt den Verfahrensbeteiligten die Widerspruchsunterlagen weiter. Der Versand von Prüfungsunterlagen sowie von abschließenden Entscheidungen der GPE erfolgt ausschließlich in elektronischer Form. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen erhalten diese Unterlagen per E-Mail. Die GPE stellen hierbei sicher, dass der Weg der Datenübermittlung aus datenschutzrechtlicher Sicht zulässig ist. Der Arzt bzw. die Einrichtung erhält die Prüfungsunterlagen und abschließenden Entscheidungen in Papierform.

Die KVBW erhält die Unterlagen über ein gemeinsam genutztes Austauschlaufwerk. Die GPE stellen hierbei sicher, dass der Weg der Datenübermittlung aus datenschutzrechtlicher Sicht zulässig ist.

Die GPE dokumentieren den Zugang der entsprechenden Inhalte beim Empfänger über das jeweilige Datum des Abrufs durch den Adressaten. Die Vertragspartner sind sich einig, dass

die Dokumente bei erfolglosem erstem Zustellversuch seitens der GPE mit dem zweiten Zustellversuch ohne Abruferfordernis als zugestellt gelten. Hierbei gilt das Datum des dokumentierten Zustellversuchs als Datum der Bekanntgabe.

Die Vertragspartner sind sich einig, dass der elektronische Versand von Unterlagen auch im Rahmen von Prüfungen auf Antrag einer Krankenkasse mit dieser per E-Mail erfolgen kann. Dies gilt, soweit die jeweilige Krankenkasse dieser Vorgehensweise zugestimmt hat.

Sie werden dabei auf die Möglichkeit hingewiesen, innerhalb einer angemessenen Frist Stellung zu nehmen (Anhörung). Das Anhörungsrecht kann schriftlich und in der Regel auch mündlich im Rahmen der Sitzung der zuständigen Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses wahrgenommen werden.

Soweit die Vertragspartner im Rahmen der Vollstreckung von Nachforderungen eine vollstreckbare Ausfertigung des Prüf- bzw. Widerspruchsbescheides in einzelnen Fällen benötigen, können sie die GPE zur Vorlage einer vollstreckbaren Ausfertigung auffordern. Die GPE werden diese dann in Papierform übermitteln.

- (5) Der Arzt bzw. die Einrichtung ist verpflichtet, der zuständigen Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung des Verfahrens notwendig sind.
- (6) Die zuständige Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses kann im Rahmen des Verfahrens Gutachter und andere sachkundige Personen hinzuziehen.
- (7) Die zuständige Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses entscheidet in nicht öffentlichen Sitzungen. An den Sitzungen nehmen teil:
 - a. der unparteiische Vorsitzende sowie die Mitglieder der zuständigen Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses,
 - b. Protokollführer der Gemeinsamen Prüfungsstelle,
 - c. weitere Personen zu Organisations-, Informations- bzw. Ausbildungszwecken nach Entscheidung des unparteiischen Vorsitzenden,
 - d. vom unparteiischen Vorsitzenden hinzugezogene Gutachter und andere sachkundige Personen,
 - e. der betroffene Arzt bzw. die Einrichtung und/oder dessen Bevollmächtigter bzw. Beistand,
 - f. Vertreter der Verfahrensbeteiligten.
- (8) Bei der Beratung und der Beschlussfassung der zuständigen Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses dürfen nur die in den Buchstaben a - c genannten Personen anwesend sein.
- (9) Die zuständige Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses erlässt gegenüber den am Verfahren Beteiligten über ihren Beschluss einen schriftlichen Widerspruchsbescheid oder informiert diese über eine anderweitige Erledigung des Verfahrens.

Der Bescheid muss mindestens enthalten:

- die Bezeichnung der zuständigen Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses,
- die an der Beschlussfassung beteiligten Mitglieder der Kammer,

- den Tag der Beschlussfassung,
 - Angaben über die Prüfmethode und die Prüfart,
 - eine zusammenfassende Darstellung des Sachverhalts,
 - die Entscheidung einschließlich ihrer Begründung,
 - die Unterschrift des jeweiligen unparteiischen Vorsitzenden bzw. seines Vertreters,
 - eine Belehrung über den zulässigen Rechtsbehelf gegen den Bescheid gemäß § 84 Abs. 1 SGG.
- (10) Das Nähere zum Verfahren wird in der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses Baden-Württemberg und seiner Kammern geregelt.
- (11) Die am Verfahren beteiligten Körperschaften des öffentlichen Rechts und der Verband der Ersatzkassen machen für sich keine Kosten nach § 63 SGB X geltend.

§ 20 Bekanntgabe und Zustellung

- (1) Für die Bekanntgabe und Zustellung von schriftlichen Bescheiden der Gemeinsamen Prüfungsstelle und der Kammern des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses gelten die Vorschriften des § 37 SGB X i. V. mit dem LVwZG Baden-Württemberg. Die Zustellung von Prüf- bzw. Widerspruchsbescheiden an den Arzt bzw. die Einrichtung erfolgt mittels Postzustellungsurkunde nach § 3 LVwZG, soweit es sich um finanziell belastende Maßnahmen (Nachforderungen) oder individuelle Beratungen nach § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V handelt. Im Übrigen erfolgt die Bekanntgabe der Prüf- bzw. Widerspruchsbescheide mittels Standardbrief.
- (2) Eine Zustellung im Ausland erfolgt durch Einschreiben mit Rückschein, als Nachweis der Zustellung genügt der Rückschein.
- (3) Kann die Zustelladresse eines Arztes bzw. der Einrichtung durch die Gemeinsame Prüfungsstelle auf zumutbare Weise nicht festgestellt werden, wird der Bescheid öffentlich zugestellt.

Die Anordnung über die öffentliche Zustellung trifft für die Bescheide der Gemeinsamen Prüfungsstelle der Leiter der Gemeinsamen Prüfungsstelle bzw. für die Widerspruchsbescheide der Kammer der jeweilige Vorsitzende der Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses.

Für die öffentliche Zustellung gelten die Vorschriften des § 11 LVwZG Baden-Württemberg. Die Zustellung erfolgt durch Bekanntmachung einer Benachrichtigung in der Hauptverwaltung der KVBW, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart an der dafür vorgesehenen Stelle.

Die Benachrichtigung muss erkennen lassen, ob für die Gemeinsame Prüfungsstelle oder eine Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses zugestellt wird.

Sie muss daneben folgende Informationen enthalten:

- den Namen und die letzte bekannte Anschrift des Zustellungsadressaten,
- das Datum und das Aktenzeichen des Dokuments,
- die Adresse des Standorts der Gemeinsamen Prüfungsstelle, bei dem das Dokument eingesehen werden kann,

- den Hinweis, dass das Dokument öffentlich zugestellt wird und Fristen in Gang gesetzt werden, nach deren Ablauf Rechtsverluste drohen können.

In den Akten ist zu vermerken, wann und wie die Benachrichtigung bekannt gemacht wurde. Das Dokument gilt als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung der Benachrichtigung zwei Wochen vergangen sind.

§ 21 Gerichtliches Verfahren

- (1) In den Fällen, in denen ein Arzt bzw. eine Einrichtung oder ein anderer Verfahrensbeteiligter Klage gegen einen Widerspruchsbescheid oder sonstige Maßnahmen der Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses vor einem Sozialgericht erhebt, unterrichtet die Gemeinsame Prüfungsstelle bzw. die zuständige Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses die übrigen Verfahrensbeteiligten bis zur Vorlage des gerichtlichen Beilagsbeschlusses. Für die Übermittlung der Unterlagen gelten die Regelungen der §§ 18 Abs. 2, 19 Abs. 3 entsprechend.

Die Klage vor dem Sozialgericht hat gemäß § 86a Abs. 1 SGG grundsätzlich aufschiebende Wirkung. Dagegen hat die Klage gegen eine vom Gemeinsamen Beschwerdeausschuss festgesetzte Maßnahme keine aufschiebende Wirkung, § 106c Abs. 3 S. 5 SGBV.

- (2) Im Verfahren vor dem Sozialgericht wird die zuständige Kammer des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses durch ihren unparteiischen Vorsitzenden vertreten, der in der Regel auch den Termin beim Sozialgericht wahrnimmt.

Er ist berechtigt, für das gesamte Verfahren oder einzelne Termine Vollmacht zu erteilen. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses Baden-Württemberg und seiner Kammern.

- (3) In den Fällen des § 106c Abs. 3 S. 6 SGB V wird die Gemeinsame Prüfungsstelle im Verfahren vor den Sozialgerichten durch ihren Leiter vertreten.

Er ist berechtigt, für das gesamte Verfahren oder einzelne Termine Vollmacht zu erteilen.

§ 22 Vollzug von Honorarkürzungen und Nachforderungen

- (1) Sofern Nachforderungen (oder Honorarkürzungen) festgesetzt werden, vollzieht die KVBW diese nach Vollziehbarkeit des Bescheides gegenüber dem Arzt bzw. der Einrichtung unter Beachtung des § 53 BMV-Ä durch Aufrechnung mit dessen bzw. deren Vergütungsanspruch gegenüber der KVBW und kehren diesen Betrag an die Krankenkassen aus. Dieser Grundsatz gilt nicht für Nachforderungen (oder Honorarkürzungen) im Falle einer Beauftragung der GPE nach § 1 Abs. 1 Sätze 7 und 8.
- (2) Die GPE teilen der KVBW die nach § 16 festgesetzten und vollziehbaren Honorarkürzungen und Nachforderungen, die auf den vertragsärztlichen (kollektivvertraglichen) Versorgungsbereich entfallen, mit.
- (3) Die KVBW rechnet Forderungen nach Abs. 4 aus Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren gegenüber dem Arzt bzw. der Einrichtung im Rahmen der Quartalsabrechnungen für vertragsärztliche Leistungen auf. Die Verrechnung erfolgt unverzüglich zum nächst möglichen Zeitpunkt nach Mitteilung der Prüfungsstelle über die Vollziehbarkeit der Forderung.

- (4) Die KVBW ermittelt bei Prüfungen nach den §§ 6, 8, 9, 10 und 15 den jeder Krankenkasse zustehenden Betrag. Sind mehrere Krankenkassen betroffen (bei Prüfungen nach den §§ 7, 12, 13 und 14) erfolgt eine Verteilung von Honorarkürzungen entsprechend der ambulanten kurativen Fallzahlen je Krankenkasse, nur bereichseigene Ärzte, nach Formblatt 3 in Verbindung mit dem BMV-Ä, bei Nachforderungen / Nachforderungsbeträgen erfolgt die Verteilung auf die Kontenarten 395, 396 und 399 wie vorgenannt. Die KVBW informiert die Krankenkassen entsprechend Anlage 3. Die Übermittlung soll über SFTP-Server erfolgen.

Die KVBW schreibt die ermittelten und realisierten Beträge, die auf den vertragsärztlichen Versorgungsbereich entfallen, den Krankenkassen im Rahmen der Quartalsabrechnung für vertragsärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der für die Abrechnung geltenden gesamtvertraglichen Regelungen gut. Dies gilt nicht für Forderungen der Krankenkassen, die nicht auf dem Weg über eine Verrechnung mit Honoraransprüchen der Praxis bzw. Einrichtung realisiert werden können oder überhaupt ausfallen. In diesen Fällen werden die Forderungen an die Krankenkassen rückübertragen. Dies gilt auch für Restbeträge aus Stundungen.

- (5) Die GPE teilen den Krankenkassen die nach § 16 festgesetzten und vollziehbaren Nachforderungsbeträge, die auf den außervertraglichen (selektivvertraglichen) Versorgungsbereich entfallen, mit. Die Krankenkassen fordern die Beträge selbst an. Die Aufteilung der Nachforderungsbeträge aus Prüfungen bei Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, Krankenhäusern nach §§ 116b und 39 Abs. 1a SGB V, stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 40 Abs. 2 Satz 6 und 41 Abs. 1 Satz 4 i.V.m. 39 Abs. 1a SGB V, sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren ermitteln die Krankenkassen selbst und fordern die Beträge an.
- (6) Soweit in Folge sozialgerichtlicher Verfahren Korrekturen der vollzogenen Maßnahmen erforderlich werden, informiert die Gemeinsame Prüfungsstelle die KVBW und die Krankenkassen. Die KVBW korrigiert die Gut-/ Lastschriften nach Abs. 2. Die Krankenkassen handeln im außervertraglichen Bereich entsprechend.

§ 23 Kostenregelung

- (1) Gemäß § 3 der Vereinbarung über die Errichtung der Gemeinsamen Prüfungsstelle ab 01.01.2008 vom 15.11.2007 in der jeweils gültigen Fassung und gemäß § 7 der Vereinbarung über die Errichtung des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses ab 01.01.2008 vom 15.11.2007 in der jeweils gültigen Fassung tragen die KVBW und die Verbände die Kosten der Gemeinsamen Prüfungsstelle und des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses grundsätzlich jeweils zur Hälfte.
- (2) Aufgrund der Beauftragung der Gemeinsamen Prüfungsstelle und des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses mit den Prüfungen für Einrichtungen gemäß § 1 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 und 11 sowie Prüfungen nach den S. 3, 5 und 8 werden die jährlichen Gesamtkosten bis auf Weiteres zu 53 vom Hundert von den Verbänden und zu 47 vom Hundert durch die KVBW getragen. Dieser Verteilungsschlüssel wird nach Durchführung der o.g. Prüfungen unter Zugrundelegung der tatsächlich angefallenen Kosten durch die Gemeinsame Prüfungsstelle erstmalig zum Haushaltsjahr 2020 überprüft und ggf. durch die Vertragspartner angepasst.

§ 24 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein, gelten die übrigen Bestimmungen fort. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen werden die Vertragspartner zeitnah eine neue Regelung vereinbaren.

§ 25 Inkrafttreten, Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2023 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung nach § 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V über Inhalt und Durchführung der Beratung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung (Prüfvereinbarung Baden-Württemberg) in der Fassung vom 01.01.2017, geändert mit Wirkung zum 01.01.2019.

(2) Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei durch eingeschriebenen Brief mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gegenüber den übrigen Vertragspartnern gekündigt werden.

Eine teilweise Kündigung ist zulässig. In diesem Fall kann der Empfänger der Kündigung mit einer Frist von vierzehn Tagen nach Zugang der Kündigung zum gleichen Termin ganz oder teilweise gegenkündigen.

(3) Im Falle einer Kündigung gilt die Prüfvereinbarung bis zum Abschluss einer Folgevereinbarung fort.

Stuttgart, den _____

**Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg**

Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes

Stuttgart, den _____

AOK Baden-Württemberg

Johannes Bauernfeind
Vorsitzender des Vorstandes

Kornwestheim, den _____

BKK Landesverband Süd

Jacqueline Kühne
Vorständin

_____, den _____

**SVLFG als
Landwirtschaftliche Krankenkasse**

Stuttgart, den _____

Verband der Ersatzkassen e. V.

Michael Mruck
Leiter der vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

Dresden, den _____

IKK classic

Angelika Feldmann
Leiterin Landesvertragspolitik Süd

München, den _____

**KNAPPSCHAFT,
Regionaldirektion München**

Anton Hauptenthal
Leiter der Regionaldirektion