

KBV

FORTBILDUNG

Zentrale Mitarbeiterfortbildung
der **K**assenärztlichen **B**undes**v**ereinigung

Die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Stand: 2013

9

Die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Autorin: Dipl. Verwaltungswirtin Sabine Freund

Stand: Oktober 2013

Dipl. Verwaltungswirtin Sabine Freund
Leiterin des Fachbereiches Wirtschaftlichkeitsprüfung
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

Kontakt über:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Referat KBV-Akademie
Postfach 12 02 64
10592 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	8
Lernziele	9
1 Einleitung	10
2 Organisation der Wirtschaftlichkeitsprüfung	12
2.1 Rückblick (Organisation bis 31.12.2003)	12
2.2 Rückblick (Organisation bis 31.12.2007)	12
2.3 Organisation ab 01.01.2008	12
3 Das Wirtschaftlichkeitsgebot	14
4 Prüfmethoden	16
4.1 Datengrundlage	17
4.2 Auffälligkeitsprüfungen	18
4.2.1 Richtgrößenprüfung	18
4.2.1.1 Berechnung von Richtgrößen	19
4.2.1.2 Individuelle Richtgröße	21
4.2.1.3 Vorabprüfung	22
4.2.1.4 Prüfung nach Überschreitung der Interventionsgrenze	22
4.2.1.5 Rabattverträge gem. § 130a Abs. 8 SGB V	24
4.2.1.6 Umsetzung der Regresse aus Richtgrößenprüfungen	24
4.2.2 Statistische Vergleichsprüfung	25
4.2.2.1 Vergleichsgruppe	26
4.2.2.2 Offensichtliches Missverhältnis	26
4.2.2.3 Kompensatorische Einsparungen	28

4.2.2.4	Unwirtschaftlicher Mehraufwand	28
4.2.3	Sonstiger Schaden	29
4.2.3.1	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V	29
4.2.3.2	Normativer Schaden	29
4.2.4	Off-Label-Use	30
4.2.5	Einzelfallprüfung	31
4.2.5.1	Eingeschränkte Einzelfallprüfung mit Hochrechnung	32
4.2.6	Vertikalvergleich	32
4.3	Zufälligkeitsprüfungen	33
4.3.1	Stichprobenprüfung	33
5	Prüfverfahren	35
5.1	Einleitung des Prüfverfahrens	35
5.2	Praxisbesonderheiten	36
5.3	Prüfungsstelle	37
5.3.1	Beurteilungs- und Ermessensspielräume	37
5.3.2	Rechtliches Gehör, Anhörung	39
5.3.3	Ausschlussfrist/Verjährung/Hemmung	39
5.3.4	Ergebnis der Prüfung/Prüfmaßnahmen	41
5.3.5	Begründungspflicht des Bescheides gem. § 35 Abs. 1 SGB X	42
5.3.6	Rechtsbehelfsbelehrung	42
5.4	Widerspruchsverfahren vor dem Beschwerdeausschuss	43
5.4.1	Aufschiebende Wirkung	43
5.4.2	Verfahren vor dem Beschwerdeausschusses	43
5.4.3	Widerspruchsbescheid des Beschwerdeausschusses	44
5.4.4	Erstattung von Kosten im Widerspruchsverfahren	45

6	Rechtsweg	46
6.1	Sozialgerichtsverfahren	46
6.1.1	Eingeschränkte gerichtliche Überprüfbarkeit	47
6.2	Vergleichsvereinbarungen	48
6.3	Gerichtskosten	48
6.4	Ablaufschema der Wirtschaftlichkeitsprüfung	49
6.5	Einstweiliger Rechtsschutz	50
	Literaturverzeichnis	51
	Fragen zur Selbstkontrolle	52
	Schlagwortverzeichnis	53
	Übersicht der bereits erschienenen KBV-Fortbildungshefte	55

Abkürzungsverzeichnis

ABAG	Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets
Abs.	Absatz
AMNOG	Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz)
AZ	Aktenzeichen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidungen des Bundessozialgerichts
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
bzw.	beziehungsweise
DTA-Vertrag	Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern
FG	Fachgruppe
gem.	gemäß
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz)
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz)
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Modernisierungsgesetz)
GRG	Gesundheitsreformgesetz

GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
i. d. R.	in der Regel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KK	Krankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LSG	Landessozialgericht
M/F	Mitglied/Familienangehöriger
Nr.	Nummer
OTC	Over The Counter
R	Rentner
RdNr.	Randnummer
RGP	Richtgrößenprüfung
s.	siehe
SG	Sozialgericht
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SozR	Sozialrecht
vgl.	vergleiche
WiPrüfVO	Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Berechnung von Richtgrößen	19
Abbildung 2:	Berechnung des Richtgrößenvolumens	20
Abbildung 3:	Übersicht unterschiedlicher Richtgrößen für Allgemeinmediziner	20
Abbildung 4:	Überschreitung der Interventionsgrenzen	22
Abbildung 5:	Auswirkungen des Grundsatzes „Beratung vor Regress“	23
Abbildung 6:	Statistische Vergleichsprüfung	27
Abbildung 7:	Feststellung des unwirtschaftlichen Mehraufwands	29
Abbildung 8:	Beurteilungs- und Ermessensspielräume	38
Abbildung 9:	Ablaufschema der Wirtschaftlichkeitsprüfung	49

Lernziele

Dieses Fortbildungsheft soll einen Überblick über Organisation, Umfang und Zielsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung geben.

Wenn Sie dieses Fortbildungsheft durchgearbeitet haben, sollten Sie

- in der Lage sein, die Organisation der Wirtschaftlichkeitsprüfung darzustellen,
- die Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in der vertragsärztlichen Versorgung kennen und das Zusammenwirken der beteiligten Personen und Institutionen bei der Erbringung von Leistungen und Verordnungen skizzieren können,
- einen Überblick über die wesentlichen Regelungsinhalte der einschlägigen rechtlichen und vertraglichen Grundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung geben können,
- den Verfahrensablauf eines Prüfverfahrens von Einleitung bis zur Ausschöpfung des Rechtsweges beschreiben und Besonderheiten im Vergleich zu anderen Verwaltungsverfahren aufzeigen können,
- den Zusammenhang von Beurteilungs- und Ermessensspielräumen im Hinblick auf die nur eingeschränkte gerichtliche Überprüfbarkeit der Bescheide der Prüfungsgremien reflektieren können,
- einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Regressrisiko des einzelnen Vertragsarztes und der Sicherstellung einer flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung durch die KVen herleiten können.

1 Einleitung

Quo Vadis, Wirtschaftlichkeitsprüfung?

Das gesamte Behandlungs- und Verordnungsspektrum niedergelassener Vertragsärzte muss sich am Wirtschaftlichkeitsgebot messen lassen. Dieses ist in den §§ 2 und 12 SGB V konkretisiert und besagt, dass alle Leistungen, die in der vertragsärztlichen Praxis erbracht werden, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Der Gesetzgeber hat den Vertragspartnern auf Landesebene – den Landesverbänden der Krankenkassen einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits – die Regelungskompetenz eingeräumt, landesrechtliche Vorschriften zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen, so genannte Prüfvereinbarungen, zu vereinbaren.

Nachdem das Prüfwesen auf dieser Grundlage Jahrzehnte lang nahezu unverändert betrieben wurde, hat der Gesetzgeber zunächst mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 01.01.2004 das Prüfwesen reformiert. Alte Zöpfe wurden abgeschnitten und traditionelle Prüfmethode als Regelprüfmethode abgeschafft; kurzum: Die Prüfungen wurden sowohl inhaltlich als auch organisatorisch völlig neu strukturiert und die Richtgrößenprüfung rückte erstmals flächendeckend in den Focus.

Nicht zuletzt wegen der explosionsartig gestiegenen Kosten im Arzneimittelbereich hat der Gesetzgeber bereits vier Jahre später erneut Handlungsbedarf gesehen und das Prüfwesen mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz/GKW-WSG) zum 01.01.2008 wieder grundlegend umstrukturiert. Die organisatorischen Neuerungen gewährleisteten den Prüfungsgremien ein Mehr an Unabhängigkeit – insbesondere von den Kassenärztlichen Vereinigungen. Aber auch die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen im Prüfgeschehen hat sich gewandelt. Die gesetzlichen Neuregelungen ermöglichten es den KVen, sich stärker als Interessenvertreter für ihre von Prüfverfahren betroffenen Mitglieder zu engagieren, als dies in der Vergangenheit möglich war.

Aber alle Anstrengungen und Änderungen vermochten es nicht, das mit Richtgrößenregressen einhergehende Risiko für niedergelassene Vertragsärzte zu mindern. Die berechtigten Befürchtungen niedergelassener Vertragsärzte, sich Regressforderungen in zum Teil existenzbedrohender Höhe gegenüber zu sehen, verdirbt mittlerweile vielen Medizinern die Freude am Arztberuf. Auch junge Ärzte scheuen in Anbetracht der Bedrohung durch die Richtgrößenprüfungen den Schritt in die Niederlassung. Die Regressbedrohung durch Richtgrößenprüfungen stellt inzwischen ein echtes Niederlassungshindernis für viele Ärzte da und steuert kontinuierlich einem Sicherstellungsproblem – insbesondere auf dem Lande – entgegen. Auch der Gesetzgeber hat zwischenzeitlich einen kausalen Zusammenhang zwischen hohen Richtgrößenregressen und der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erkannt und diverse Maßnahmen ergriffen, das Regressrisiko aus Richtgrößenprüfungen zu mildern. Nachdem zunächst die 4-jährige Ausschlussfrist auf 2 Jahre verkürzt wurde, um Rechtssicher-

heit durch eine zeitnahe Prüfung zu gewährleisten, hat der Normgeber durch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) mit der Regressbegrenzung auf 25.000 Euro für die ersten 2 Jahre eine weitere Sicherungsleine gezogen. Nur ein Jahr später wurde zum 01.01.2012 mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) festgeschrieben, dass kein Richtgrößenregress festgesetzt werden darf, ohne dass vorab eine individuelle Beratung erfolgt ist.

Ein Schritt in die richtige Richtung, aber noch lange nicht am Ziel – so könnte man das Vorgehen des Gesetzgebers beschreiben. Ob diese Maßnahmen allerdings letztendlich ausreichen werden, Perspektiven zu schaffen, um die Bereitschaft zur Niederlassung junger Ärztinnen und Ärzte nachhaltig zu beflügeln, und somit einem künftigen Sicherstellungsproblem rechtzeitig entgegenzuwirken, bleibt abzuwarten.

2 Organisation der Wirtschaftlichkeitsprüfung

2.1 Rückblick (Organisation bis 31.12.2003)

Bis zum 31.12.2003 bildeten die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsame Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse, die räumlich bei den KVen angesiedelt waren. Den Ausschüssen gehörten Vertreter der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl an. Den Vorsitz führten jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Bei Stimmgleichheit gab die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

2.2 Rückblick (Organisation bis 31.12.2007)

Mit Inkrafttreten des GMG zum 01.01.2004 bildeten die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung entweder bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder bei einem Landesverband der Krankenkassen bzw. bei einem Verband der Ersatzkassen einen gemeinsamen Prüfungs- und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Die Ausschüsse bestanden jeweils aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Die Amtsdauer betrug zwei Jahre. Bei Stimmgleichheit gab die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss wurden bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch eine Geschäftsstelle unterstützt, die ebenfalls bei der Kassenärztlichen Vereinigung, bei einem Landesverband der Krankenkassen bzw. einem Verband der Ersatzkassen oder bei einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft im Land errichtet wurde.

2.3 Organisation ab 01.01.2008

Aufgrund der Vorgaben des GKV-WSG bilden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder bei einem Landesverband der Krankenkassen bzw. einem Verband der Ersatzkassen zum 01.01.2008 eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Der Beschwerdeausschuss besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle (nur noch) organisatorisch unterstützt. Die Prüfungsstelle wird ebenfalls bei der Kassenärztlichen Vereinigung, bei einem Landesverband der Krankenkassen bzw. einem Verband der Ersatzkassen oder bei einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft im Land errichtet.

Mit diesen gesetzlichen Neuregelungen hat der Normgeber das Prüfverfahren von den Kassenärztlichen Vereinigungen abgekoppelt und die Unabhängigkeit der Prüfungseinrichtungen gestärkt. Insbesondere mit der Änderung zum 01.01.2008 durch das GKV-WSG hat der Gesetzgeber die Autonomie der Prüfungseinrichtungen erneut deutlich hervorgehoben, indem nicht mehr paritätisch besetzte Ausschüsse über Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der 1. Instanz entscheiden, sondern die (Mitarbeiter der) Prüfungsstelle. Eine unmittelbare Einflussnahmemöglichkeit der Vertragspartner wird daher künftig erst im Rahmen des Widerspruchsverfahrens vor dem Beschwerdeausschuss möglich sein. Natürlich sind die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer Stellung als Beteiligte am Verfahren (§ 12 SGB X) befugt, Stellungnahmen bereits in der 1. Instanz vor der Prüfungsstelle abzugeben; die Einflussnahmemöglichkeit als (nur noch) Beteiligte sind natürlich weitaus geringer als bei einer konkreten Mitwirkung im Ausschuss.

In vielen KV-Bezirken wurden den Prüfungsstellen daher Berater zur Seite gestellt, die die Prüfungsstelle – die ja überwiegend durch Verwaltungsmitarbeiter repräsentiert wird – bei der Entscheidungsfindung unterstützen sollen. Dies geschieht in der Regel durch Beratungsausschüsse bzw. Beratungskommissionen, besetzt mit Vertretern der Kassen und Vertretern der KVen, die insbesondere im Hinblick auf medizinisch-pharmakologische Fragestellungen ihr Votum abgeben und so das Verfahren in der Prüfungsstelle aktiv begleiten.

3 Das Wirtschaftlichkeitsgebot

Der Gesetzgeber hat das Wirtschaftlichkeitsgebot in den §§ 2, 12 und 70 SGB V implementiert. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Definition:

ausreichend:

Die Behandlung entspricht Art und Schwere der Krankheit und berücksichtigt den Stand der medizinischen Erkenntnisse.

zweckmäßig:

Leistungen müssen „objektiv“ geeignet sein, im Rahmen der anerkannten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten den angestrebten Heilerfolg zu erzielen.

notwendig:

Ist alles, worauf der Arzt bei der Behandlung eines Patienten nicht verzichten darf, da anderenfalls die Behandlung nicht ausreichend wäre.

Als wirtschaftlich im Sinne des SGB V werden Leistungen angesehen, deren Therapie im Vergleich zu anderen ein günstiges Verhältnis von Kosten und Nutzen aufweist.

Fazit:



Wirtschaftlich heißt nicht billig!

Der Gesetzgeber hat die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes allen Beteiligten zur Pflicht gemacht, da die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes Voraussetzung für die Erhaltung des Systems der gesundheitlichen Sicherung darstellt. Die Beteiligten – dies sind neben den KVen die Leistungserbringer (unter anderem Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten), die gesetzlichen Krankenkassen und die gesetzlich versicherten Personen – haben die unterschiedlichsten Interessen, die sie bei Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gewahrt wissen wollen. Dies ist problematisch, insbesondere weil zum Teil gegensätzliche Wünsche und Erwartungen unter einen Hut gebracht werden müssen:

Das Interesse der KVen liegt in erster Linie in der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei angemessener Vergütung unter Wahrung der Rechte ihrer Mitglieder.

Das Interesse der Ärzte gilt in erster Linie dem Wohl des Patienten durch eine umfassende medizinische Versorgung bei einer angemessenen Vergütung.

Das Interesse der Versicherten ist eine über die medizinische Notwendigkeit hinausgehende optimale Versorgung unter Ausschöpfung aller medizinischen und technischen Möglichkeiten.

Das Interesse der Krankenkassen gilt einer ausreichenden medizinischen Versorgung ihrer Versicherten unter Einhaltung des finanziellen Rahmens (Beitragssatzstabilität).

Aufgrund der unterschiedlichen Zielrichtungen aller Beteiligten entsteht so ein Spannungsverhältnis, das letzten Endes die Kompromissbereitschaft aller Beteiligten voraussetzt, die gesetzlichen Rahmenvorgaben gemeinsam umzusetzen. Ein Korrektiv dieser Interessengemengelage ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung als gemeinsame Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenkassen mit dem Ziel der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit des GKV-Systems.

4 Prüfmethoden

Die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung wird geprüft durch

1. die arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung) und
2. die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens zwei vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung).

Die Richtgrößenprüfung und die Zufälligkeitsprüfung stellen als so genannte „Regelprüfmethode“ die Prüfmethode der ersten Wahl dar.

Darüber hinaus können die Vertragspartner gemeinsam und einheitlich Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren.

Als Instrumente zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen stehen folgende Prüfmethode zur Verfügung:

Auffälligkeitsprüfung:

- Richtgrößenprüfung
- Sonstiger Schaden
- Verstoß gegen die Richtlinien des G-BA nach § 92 SGB V
- Statistische Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten
- Einzelfallprüfung
- Eingeschränkte Einzelfallprüfung mit Hochrechnung
- Vertikalvergleich

Zufälligkeitsprüfung:

- Stichprobenprüfung

Die gesetzlichen Regelprüfmethode sind hierbei Richtgrößenprüfungen als Auffälligkeitsprüfung sowie die Stichprobenprüfungen als Zufälligkeitsprüfung. Die Prüfung des Sonstigen Schadens hat ihre Rechtsgrundlagen in § 48 BMV-Ä sowie § 44 EKV. Alle anderen genannten Prüfmethode sind optional und können ergänzend von den Vertragspartnern auf Landesebene vereinbart werden.

4.1 Datengrundlage

Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden auf Grundlage der Daten durchgeführt, die den Prüfungsstellen von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen gemäß §§ 296 (Auffälligkeitsprüfungen) und 297 SGB V (Zufälligkeitsprüfungen) im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen im Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern (DTA-Vertrag) Näheres. Bei der Datenübermittlung sind die Vorschriften zum Datenschutz gemäß SGB X zu beachten.

Die elektronisch übermittelten Daten werden von der Prüfungsstelle ausgewertet und dienen als Grundlage zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Die elektronische Datenübermittlung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist zulässig (vgl. BSG-Urteile vom 27.04.2005, AZ: B 6 KA 1/04 R, 02.11.2005, AZ: B 6 KA 63/04 R und 23.03.2011, AZ: B6 KA 9/10 R).

„... Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung hinsichtlich der Verordnungsweise eines Vertragsarztes setzen nicht generell voraus, dass sämtliche Verordnungsblätter des betroffenen Prüfungszeitraums (bzw. die von ihnen eingescannten Images) zum Nachweis der Höhe der vom Arzt veranlassten Verordnungskosten vorliegen ... Wie der Senat in der genannten Entscheidung näher ausgeführt hat, liegt der gesetzlichen Konzeption das in § 296 Abs. 3 SGB V (in den bis zum 31.12.2003 geltenden Fassungen GRG, des GSG und des ABAG) für Richtgrößen- und Durchschnittswertprüfungen einheitlich ausgestaltete Modell einer elektronischen Erfassung, Übermittlung und arztbezogenen Zusammenfassung der veranlassten Verordnungskosten zugrunde (vgl. nunmehr § 106 Abs. 2c Satz 1 i. V. m. § 96 Abs. 2 bzw. § 297 Abs. 3 SGB V i. d. F. des GMG). Den auf diese Weise für den einzelnen Vertragsarzt erfassten Verordnungsdaten kommt die Vermutung ihrer Richtigkeit zu; sie begründen den Anscheinsbeweis für das Volumen der von ihm veranlassten Verordnungskosten. Dieses gesetzliche Datenübermittlungskonzept beruht nicht zuletzt darauf, dass alle anderen Erfassungs- und Übermittlungswege im Hinblick auf die große Zahl von Verordnungen und deren Einlösbarkeit in einer Vielzahl von Apotheken im gesamten Bundesgebiet praktisch kaum durchführbar bzw. noch stärker fehleranfällig wären ...

Aus den gesetzlichen Regelungen ergibt sich somit, dass Durchschnittswert- und Richtgrößenprüfungen der Wirtschaftlichkeit von Arzneiverordnungen auf der Grundlage der von den KVen ohne Versichertenbezug übermittelten elektronischen Daten und nicht auf Grundlage der vollständigen Originalbelege durchzuführen sind.“

Bringt der betroffene Arzt allerdings substantiierte Einwände gegen die Erfassung seiner Verordnungen vor oder drängen sich der Prüfungsstelle bzw. dem Beschwerdeausschuss Zweifel auf, ermitteln die Prüfungsgremien die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnen die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Gesamtheit der Arztpraxis hoch. Ergibt die Überprüfung der Verordnungsdaten, dass mindes-

tens 5 % der Verordnungskosten fehlerhaft zugeordnet wurden, hat das Gremium **alle** Originalverordnungen oder Kopien beizubringen. Können diese nicht beigebracht werden, ist ein Abschlag vom Regressbetrag in der Höhe vorzunehmen, in der die Verordnungsblätter nicht vorgelegt werden können (BSG-Urteil vom 02.11.2005, AZ: B 6 KA 63/04 R).

4.2 Auffälligkeitsprüfungen

4.2.1 Richtgrößenprüfung

Seit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 01.01.2004 stellt die Richtgrößenprüfung die Regelprüfmethode zur Verordnungsprüfung der Arzneimittel und Heilmittel dar und hat ihre Rechtsgrundlage in § 106 Abs. 2 Nr. 1 SGB V, die von den Vertragspartnern auf Landesebene in so genannten Richtgrößenvereinbarungen konkretisiert wird.

Bei den jährlich festzusetzenden Richtgrößen handelt es sich um vertragliche Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und den Landesverbänden der Krankenkassen andererseits, die arztgruppenspezifisch, i. d. R. differenziert nach Mitgliedern und Familienangehörigen (M/F) und Rentnern (R) festgelegt werden. Richtgrößen spiegeln nicht das tatsächliche ärztliche Verordnungsverhalten wider, sondern stellen einen Orientierungs- und Rechenwert im Richtgrößenprüfungsverfahren dar. Richtgrößen haben normativen Charakter, das heißt für die Wirksamkeit ist die amtliche Veröffentlichung der Richtgrößenvereinbarung erforderlich. Ist eine Veröffentlichung nicht rechtzeitig zum 31.12. des Vorjahres erfolgt, gelten die Vorjahresrichtgrößen so lange weiter, bis eine neue Vereinbarung veröffentlicht wurde. Den Richtgrößen kommt im Verhältnis zu den Vertragsärzten verhaltenssteuernde Wirkung zu; sie sollen als Orientierungsgröße die Entscheidungen des Vertragsarztes im Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln und Heilmitteln im Sinne einer wirtschaftlichen Vorgehensweise dienen. Als solche setzen sie notwendigerweise voraus, dass sie bereits zu Beginn des Zeitraumes, für den sie eine Orientierung bieten sollen, bekannt sind (vgl. BSG-Urteil vom 02.11.2005; AZ: B 6 KA 63/04 R).

Für die Durchführung von Richtgrößenprüfungen gilt jedoch zu beachten, dass Richtgrößenvereinbarungen vorangegangener Jahre gem. § 89 Abs. 1 Satz 4 SGB V so lange weitergelten, bis für speziell das betreffende Kalenderjahr eine Richtgrößenvereinbarung abgeschlossen wurde. In diesen Fällen ist ggf. zur Durchführung der Richtgrößenprüfung ein zeitanteiliger Mischwert von den Prüfungsgremien zu bilden. Dies gilt allerdings nur, soweit die Richtgrößenvereinbarungen beider Jahre inhaltlich vergleichbar sind.

Seit dem 01.01.2011 besteht zur Durchführung einer Richtgrößenprüfung alternativ die Möglichkeit, diese durch gesamtvertragliche Vereinbarungen auf Landesebene abzulösen, sofern die Vertragspartner eine arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen, bezogen auf die Wirkstoffauswahl und die Wirkstoffmenge im jeweiligen

Anwendungsgebiet, vorsehen. Dafür sind insbesondere für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen Verordnungsanteile und Wirkstoffmengen in den Anwendungsgebieten für die Vergleichsgruppe von Ärzten zu bestimmen. Dabei haben die Vertragspartner Regelungen für alle Anwendungsgebiete zu treffen, die für die Versorgung und die Verordnungskosten in der Arztgruppe von Bedeutung sind (vgl. § 106 Abs. 3b SGB V).

4.2.1.1 Berechnung von Richtgrößen

Die Vertragspartner auf Landesebene vereinbaren gemäß § 84 SGB V jährlich jeweils ein Ausgabevolumen für Arznei- und Heilmittel, das für die Berechnung der Richtgrößen herangezogen wird. Die Richtgröße der Fachgruppe berechnet sich einerseits aus dem verhandelten Ausgabevolumen, andererseits aus den Anteilen für die Arzneimittelausgaben je Fachgruppe (FG) in einem Bezugsjahr auf Basis der jeweiligen Fallzahl im Bezugsjahr. Zusätzlich sollen die Vertragspartner die Richtgrößen nach altersgemäß gegliederten Patientengruppen und darüber hinaus nach Krankheitsarten bestimmen, was sich bundesweit mehrheitlich allerdings nicht durchgesetzt hat.

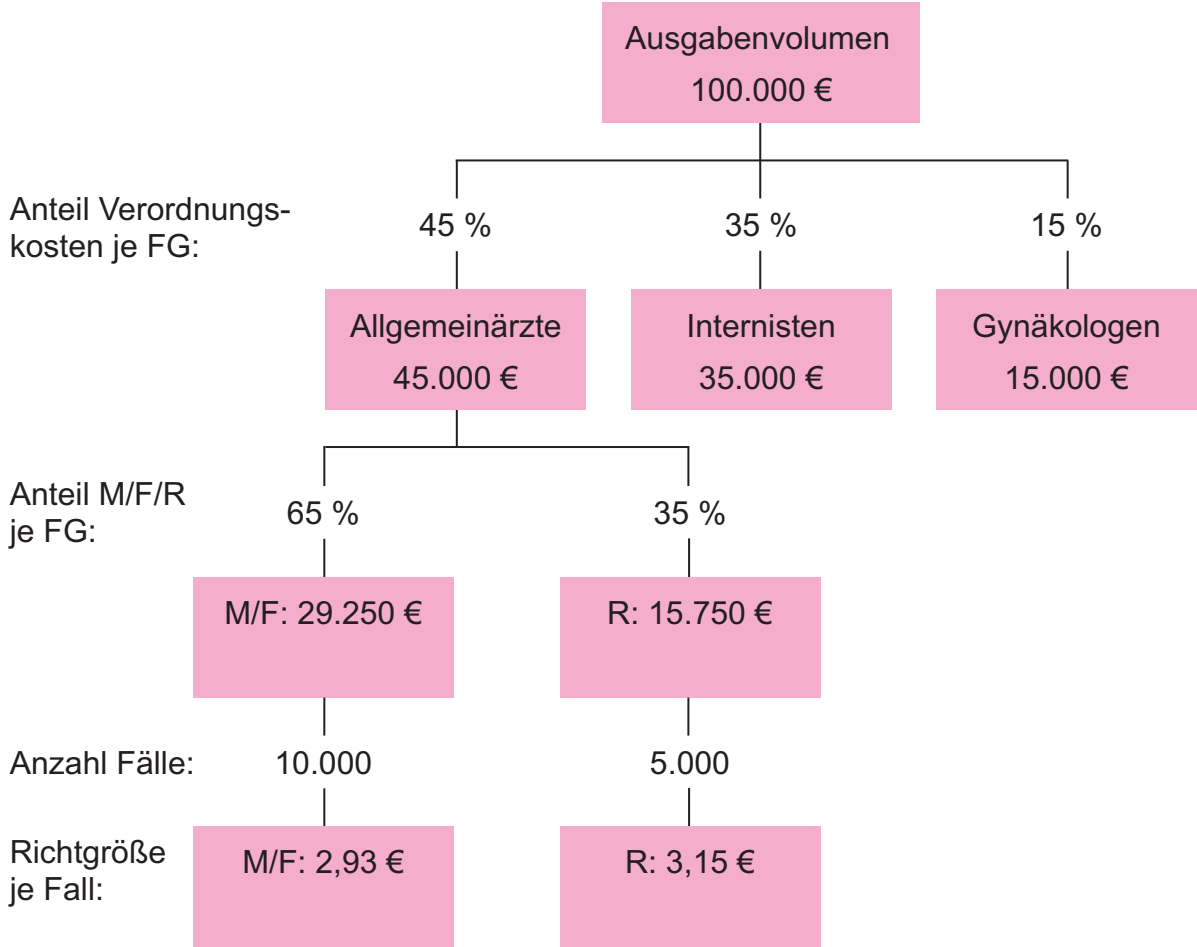


Abbildung 1: Berechnung von Richtgrößen

Auf dieser Basis werden für jede Arztgruppe i. d. R. gesondert Richtgrößen für Mitglieder und Familienangehörige (M/F) einerseits und Rentner (R) andererseits festgelegt. Das der einzelnen Arztpraxis zur Verfügung stehende Richtgrößenvolumen wird durch Multiplikation dieser Richtgröße mit der Fallzahl der Praxis errechnet.

Arztgruppenspezifische Richtgröße M/F	50 Euro
Arztgruppenspezifische Richtgröße R	100 Euro
Fallzahl M/F	4.000
Fallzahl R	3.000
Richtgrößenvolumen (50 Euro x 4.000) + (100 Euro x 3.000)	500.000 Euro

Abbildung 2: Berechnung des Richtgrößenvolumens

2012 KV-Bereich¹	Allgemeinmediziner	
	M/F	R
Baden-Württemberg	46,55 €	161,99 €
Berlin	44,98 €	112,92 €
Bremen	52,15 €	146,73 €
Hamburg	43,01 €	120,63 €
Niedersachsen	43,59 €	137,92 €
Rheinland-Pfalz	52,72 €	174,50 €
Sachsen	41,70 €	135,46 €
Sachsen-Anhalt	62,25 €	216,03 €
Westfalen-Lippe	48,03 €	143,66 €

Abbildung 3: Übersicht unterschiedlicher Richtgrößen für Allgemeinmediziner

Die vorstehende Übersicht offenbart das heterogene Richtgrößenvolumen, das den niedergelassenen Allgemeinmedizinern in den einzelnen KV-Bereichen pro Patient zur Verfügung steht. So steht einem Vertragsarzt in Sachsen-Anhalt zur Verordnung von Arzneimitteln für einen Patienten 216,03 Euro pro Quartal zur Verfügung, dem Kollegen in Berlin hingegen nur 112,92 Euro. Bei 500 Patienten ergibt dies immerhin eine Differenz des zur Verfügung stehenden Verordnungsvolumens in Höhe von 51.555,00 Euro pro Quartal und 206.220,00 Euro pro Jahr.

¹ beispielhafte Auswahl

4.2.1.2 Individuelle Richtgröße

Der Gesetzgeber eröffnet in § 106 Abs. 5d SGB V die Möglichkeit, abweichend von den arztgruppenspezifischen Richtgrößen (vgl. 4.2.1.1) arztindividuelle Richtgrößen zu vereinbaren, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleisten soll. Individuelle Richtgrößen sind nicht von den Vertragspartnern auf Landesebene, sondern von den Prüfungsgremien zu vereinbaren. Mit seiner Entscheidung vom 28.08.2013, AZ: B 6 KA 46/12 R hat das Bundessozialgericht festgestellt, dass die Prüfungsgremien sogar verpflichtet sind, mit dem Arzt in Verhandlungen über den Abschluss einer individuellen Richtgrößenvereinbarung einzutreten, wenn dieser dies beantragt hat. Die Prüfungsgremien sind allerdings nicht verpflichtet, dem Arzt von sich aus den Abschluss einer individuellen Richtgrößenvereinbarung anzubieten. Auch besteht kein Anspruch auf Abschluss einer individuellen Richtgrößenvereinbarung, wenn zwischen Prüfungsgremien und dem Arzt keine Einigkeit über den Inhalt der Vereinbarung erzielt werden kann. Die individuelle Richtgrößenvereinbarung kann sowohl mit der Prüfungsstelle als auch mit dem Beschwerdeauschuss ausgehandelt werden.

Die individuelle Richtgröße ist für den Zeitraum von vier Quartalen zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu nichts anderes vereinbart ist.

Vorteil: Durch die individuelle Richtgröße erhöht sich das zur Verfügung stehende Verordnungsvolumen, gleichzeitig werden Besonderheiten der Praxis zukünftig individuell wiedergespiegelt. Individuelle Richtgrößen gelten für die Zukunft, mit der Folge, dass Richtgrößenregresse für das Prüfjahr, in dem die individuelle Richtgröße festgelegt wird, nicht ausgesprochen werden.

Nachteil: Wird die individuelle Richtgröße überschritten, wird der gesamte Überschreibungsbetrag fällig, ohne dass weitere Praxisbesonderheiten gesondert regressmindernd geltend gemacht werden können.

Der Gesetzgeber hat diese Option mit dem GKV-WSG zum 01.01.2008 dahingehend erweitert, dass auch eine Zielvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V (Arznei- und Heilmittelvereinbarung) als individuelle Richtgröße vereinbart werden kann, soweit darin hinreichend konkrete und ausreichende Wirtschaftlichkeitsziele für einzelne Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen festgelegt sind. Die Vorteile für den Arzt im Vergleich zu „echten“ individuellen Richtgrößen liegt in einem höheren Gestaltungsspielraum seiner Verordnungsweise, da die Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 1 SGB V gröber gefasst sind und kein konkretes individuelles Ausgabenvolumen in Euro für einzelne Praxen vorsehen.

In jedem Fall löst das Überschreiten des Richtgrößenvolumens nach 4.2.1.1 und 4.2.1.2 von Amts wegen eine Richtgrößenprüfung gemäß § 106 Abs. 5a SGB V aus, ohne dass es eines gesonderten Antrags bedarf.

4.2.1.3 Vorabprüfung

Im Rahmen der Richtgrößenprüfung wird das Richtgrößenvolumen des einzelnen Arztes (Fallzahl x Richtgröße) dem tatsächlichen Verordnungsvolumen gegenübergestellt. Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens von mehr als 15 vom Hundert bis maximal 25 vom Hundert findet § 106 Abs. 5a Satz 1 SGB V Anwendung. Danach werden Beratungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina durchgeführt, wenn das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert übersteigt und aufgrund der vorliegenden Daten nicht davon auszugehen ist, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorabprüfung).

4.2.1.4 Prüfung nach Überschreitung der Interventionsgrenze

Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % vom Hundert hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Die Prüfungsstelle soll vor ihren Entscheidungen und Regressfestsetzungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann.

Überschreitung < 15 %	→ keine Maßnahme
Überschreitung > 15 und < 25 %	→ Beratung
Überschreitung > 25 %	→ Regress

Abbildung 4: Überschreitung der Interventionsgrenzen

Dieses starre Verfahren wurde zwischenzeitlich vom Gesetzgeber aufgebrochen, da dieser erkannt hat, dass die Regressbedrohung durch Richtgrößenprüfungen ein echtes Niederlassungshindernis für die Ärzte darstellt und damit zu einem konkreten Sicherstellungsproblem – insbesondere im ländlichen Bereich – führt. So erfolgt gemäß § 106 Abs. 5e SGB V bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % zunächst eine individuelle Beratung. Eine Regressfestsetzung kann bei künftiger Regressüberschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat. Im Rahmen der Beratung können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Eine solche Feststellung kann auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt eine Regressfestsetzung droht. Diese zum 01.01.2011 mit dem AMNOG bzw. zum 01.01.2012 mit dem GKV-VStG eingeführten Regelungen gelten gem. § 106 Abs. 5e Satz 7 SGB V auch für Verfahren vergangener Jahre, die am 31. Dezember 2011 noch nicht abgeschlossen waren.

Überschreitet zum Beispiel ein niedergelassener Vertragsarzt im Jahr 2011 erstmals sein Richtgrößenvolumen um mehr als 25 %, können die Prüfungsgremien erstmalig im

Jahre 2017 für das Jahr 2015 eine Regressforderung aussprechen, diese auch nur begrenzt auf max. 25.000 € (ggf. für 2015 und 2016 zusammen):

2011	→ Richtgrößenüberschreitung > 25 %
2012	→ Richtgrößenüberschreitung > 25 %
2013	→ RGP für 2011 möglich, <u>aber</u> : Nur Beratung (§ 106 Abs. 5e Satz 1 SGB V)
2014	→ Beratung für 2011 erfolgt in 2014: <u>Folge</u> : mögliche Regressforderungen für 2012 bis 2014 entfallen! (§ 106 Abs. 5e Satz 2 SGB V)
2015	→ Richtgrößenüberschreitung > 25 %
2016	→ Richtgrößenüberschreitung > 25 %
2017	→ RGP für 2015, <u>aber</u> : Regress max. 25.000 € (für 2015 + 2016 zusammen) (§ 106 Abs. 5c Satz 7 SGB V)

Abbildung 5: Auswirkungen des Grundsatzes „Beratung vor Regress“

Bei der Richtgrößenprüfung handelt es sich grundsätzlich um eine Jahresprüfung; sie kann gem. § 106 Abs. 2 Satz 5 SGB V für den Zeitraum eines Quartals durchgeführt werden, wenn dies die Wirksamkeit der Prüfung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erhöht und hierdurch das Prüfungsverfahren vereinfacht wird. Kann eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt die Richtgrößenprüfung auf Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben.

Richtgrößenprüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden. Die Festsetzung eines Richtgrößenregresses muss innerhalb von zwei Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraumes erfolgen. Diese Regelung steht im Widerspruch zu der im Wege der richterlichen Rechtsfortbildung entwickelten vierjährigen Ausschlussfrist (s. 5.3.3), dient aber einer Beschleunigung des Verfahrens. Zeiträume von mehr als zwei Jahren zwischen dem geprüften Verordnungszeitraum und dem Abschluss der Prüfung sind – so der Gesetzgeber – für die Betroffenen unzumutbar. Durch die Neuregelung würden die Prüfungsgremien zu einer zeitnahen Prüfung verpflichtet. Hierdurch werde die Transparenz und Signalwirkung der Prüfungen verbessert.

Nach Vorgaben des Gesetzgebers sollen bei Richtgrößenprüfungen 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.

4.2.1.5 Rabattverträge gem. § 130a Abs. 8 SGB V

Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss setzt den Regressbetrag fest. Hierbei sind Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Rabattvertrag nach § 130 Abs. 8 SGB V beigetreten ist, nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung und dürfen folglich nicht in das Verordnungsvolumen mit einbezogen werden (vgl. § 106 Abs. 2 Satz 8 SGB V). Um ihre Wirtschaftlichkeit durch Vereinbarungen in diesen Verträgen zu gewährleisten, übermittelt die Krankenkasse der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben arztbezogen.

Zuzahlungen der Versicherten sowie Rabatte nach § 130 Abs. 8 SGB V aufgrund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, sind ebenfalls arztbezogen als pauschalierte Beträge vom Regressbetrag abzuziehen (§ 106 Abs. 5c Satz 1 und 2 SGB V).

4.2.1.6 Umsetzung der Regresse aus Richtgrößenprüfungen

Haben die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss einen Regress festgesetzt, sind die Krankenkassenverbände gem. § 106 Abs. 5c Satz 3 SGB V berechtigt, die Gesamtvergütung um diese Beträge zu verringern. Die Kassenärztliche Vereinigung hat wiederum in der jeweiligen Höhe Rückforderungsansprüche gegen den Vertragsarzt. Mit dieser Regelung hat der Normgeber erstmals eine Rückforderungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen für Verwaltungsakte, die ein anderes Gremium erlassen hat, normiert.

Sobald der Vertragsarzt nachweist, dass ihn die Rückforderung wirtschaftlich gefährden würde, kann die Kassenärztliche Vereinigung diese entsprechend § 76 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB IV stunden oder erlassen. In Anbetracht der oftmals hohen Richtgrößenregresse machen zahlreiche Ärzte von dieser Möglichkeit Gebrauch, mit der Folge, dass ein weiteres Verwaltungsverfahren eröffnet wird. In dem neuen Verwaltungsverfahren – das ebenfalls mit einem Widerspruchsbescheid abzuschließen ist – wird die Frage der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise oder der Rechtmäßigkeit des Regressbescheides nicht mehr geprüft. Gegenstand dieses Verwaltungsverfahrens ist allein die Überprüfung der Voraussetzungen für eine Stundung oder gar den Erlass der Regressforderungen. Da eine Stundung oder gar ein Erlass zu Lasten der Honoraransprüche aller Vertragsärzte eines KV-Bezirks führen würde, wird derartigen Anträgen KV-seitig nur sehr zurückhaltend entsprochen.

Abweichend davon können seit dem 01.01.2011 auch die Krankenkassen ihre Rückforderung stunden oder erlassen. In diesem Fall vermindert sich die Gesamtvergütung nicht (vgl. § 106 Abs. 5c Satz 6 SGB V).

4.2.2 Statistische Vergleichsprüfung

Seit dem 01.01.2004 ist der Statistischen Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten der Status als Regelprüfmethode vom Gesetzgeber entzogen worden, mit der Folge, dass die Statistische Vergleichsprüfung nur in den KV-Bezirken durchgeführt wird, in denen die Vertragspartner auf Landesebene diese Prüfmethode optional in den regionalen Prüfvereinbarungen verankert haben. Bei der Statistischen Vergleichsprüfung wird die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung geprüft durch die arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen und ärztlicher Verordnungen nach Durchschnittswerten. Nach den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ist dabei zunächst von einer Statistischen Prüfung auszugehen, bei der die Abrechnungs- bzw. Verordnungswerte des geprüften Arztes mit derjenigen der Fachgruppe im selben Quartal verglichen werden. Diese Prüfung wird durch die so genannte „intellektuelle Betrachtung“ ergänzt, bei der medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Hierbei ist insbesondere zu untersuchen, ob kostenerhöhende Praxisbesonderheiten bekannt oder erkennbar sind, die dafür sprechen, dass die wesentlichen Leistungsbedingungen des geprüften Arztes von denen der verglichenen Arztgruppe abweichen, so dass der statistische Vergleich allein nicht aussagekräftig ist. Dabei ist regelmäßig der auf die festgestellte Praxisbesonderheit entfallende Kostenanteil von dem Gesamtfallwert des geprüften Arztes abzuziehen und – ausgehend von dem danach verbleibenden Fallwert – die jeweilige Überschreitung im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt zu ermitteln. Ergibt diese Prüfung, dass zwischen dem Kostendurchschnitt des geprüften Arztes und dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe ein so genanntes offensichtliches Missverhältnis besteht, kann regelmäßig von einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise ausgegangen werden.

Der Statistischen Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten liegt die Erwägung zugrunde, dass die Vertragsärzte der Vergleichsgruppe ein ähnliches Klientel behandeln wie der geprüfte Arzt, so dass im Durchschnitt die gleichen Fallkosten zu erwarten sind. Diese Erwägung gilt als sachgerecht, weil davon ausgegangen werden kann, dass die Ärzte im Allgemeinen nach den Regeln der ärztlichen Kunst verfahren und dabei das Gebot der Wirtschaftlichkeit beachten und so die Durchschnittswerte einer hinreichend großen Anzahl vergleichbarer Ärzte Rückschlüsse auf die Wirtschaftlichkeit des Verhaltens des geprüften Arztes zulassen. Diese reine statistische Betrachtungsweise ist durch die so genannte „intellektuelle Prüfung“ zu ergänzen (vgl. BSG-Urteile vom 15.11.1995, AZ: 6 R KA 4/95, vom 27.06.2001, AZ: B 6 KA 43/00 R). Danach macht die statistische Betrachtungsweise nur einen Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung aus und muss durch eine intellektuelle Prüfung in Entscheidung ergänzt werden, bei der für die Frage der Wirtschaftlichkeit relevante medizinische Gesichtspunkte in Rechnung zu stellen sind.

4.2.2.1 Vergleichsgruppe

Grundsätzlich ist von einer Vergleichbarkeit des Vertragsarztes mit seiner Fachgruppe auszugehen. Voraussetzung hierbei ist zunächst, dass die Vergleichsgruppe ausreichend groß ist, also mindestens 9 bis 10 Ärzte umfasst. Nur so sind die ermittelten Durchschnittswerte als Richtzahlen für eine wirtschaftliche Behandlungsweise brauchbar. Des Weiteren muss die zum Vergleich herangezogene Fachgruppe eine homogene Gruppe bilden. Das bedeutet, dass das Leistungsspektrum des geprüften Arztes im Wesentlichen mit dem Leistungsspektrum der Vergleichsgruppe übereinstimmen muss. Ist eine Fachgruppe nicht ausreichend homogen, weil die Ärzte dieses Fachgebietes überwiegend in Teilgebieten tätig sind, fehlt es der Fachgruppe an der erforderlichen Homogenität zur Heranziehung als Vergleichsgruppe. Die Prüfungsgremien können in solchen Fällen so genannte verfeinerte Vergleichsgruppen bilden. Die Verfeinerung der Gruppen kann anhand von Zusatzbezeichnungen oder Schwerpunktbezeichnungen erfolgen; ein Rechtsanspruch auf eine so genannte verfeinerte Vergleichsgruppe besteht jedoch nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht.

4.2.2.2 Offensichtliches Missverhältnis

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts braucht die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- oder Ordnungsweise eines Vertragsarztes nicht anhand einzelner Behandlungs- oder Ordnungsfälle überprüft werden, wenn die Behandlungs- oder Ordnungskosten des Arztes in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten seiner Vergleichsgruppe stehen. Der Begriff des „offensichtlichen Missverhältnisses“ beschreibt den Grad an Abweichung vom Fachgruppendurchschnitt, bei dem sich die Mehrkosten nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und Behandlungsnotwendigkeiten erklären lassen und bei dem deshalb auf eine unwirtschaftliche Behandlungs- oder Ordnungsweise als Ursache der erhöhten Aufwendungen geschlossen werden kann.

Haben die Prüfungsgremien festgestellt, dass ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt, ist der Anscheinsbeweis für ein unwirtschaftliches Verhalten des Arztes begründet, mit der Folge der Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes. Das bedeutet, dass der Arzt gehalten ist, diesen Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit zu widerlegen. Dazu kann der Arzt geltend machen, dass Praxisbesonderheiten oder kompensatorische Einsparungen den Mehraufwand rechtfertigen.

Bei dem Begriff „offensichtliches Missverhältnis“ handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der sich nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei einer Fallwertüberschreitung um 50 % realisiert. Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis kann je nach Einzelfall auch höher oder niedriger liegen, wobei das BSG insoweit von Überschreitungen zwischen 40 und 60 % ausgeht.

Überschreitungen zwischen 20 bis 30 % werden als so genannte „**Streubreite**“ bezeichnet. Im Rahmen dieser Überschreitungen findet keine statistische Vergleichsprüfung statt. Bei Überschreitungswerten zwischen 30 und 50 % der so genannten „**Über-**

gangszone“ ist die Durchführung einer Statistischen Vergleichsprüfung grundsätzlich möglich, aber der Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit muss durch eine genügende Anzahl beleuchteter Einzelfälle manifestiert werden.

Bei Überschreitungen von über 50 % ist in der Regel vom Vorliegen eines „**offensichtlichen Missverhältnisses**“ mit der Folge der Beweislastumkehr auszugehen.

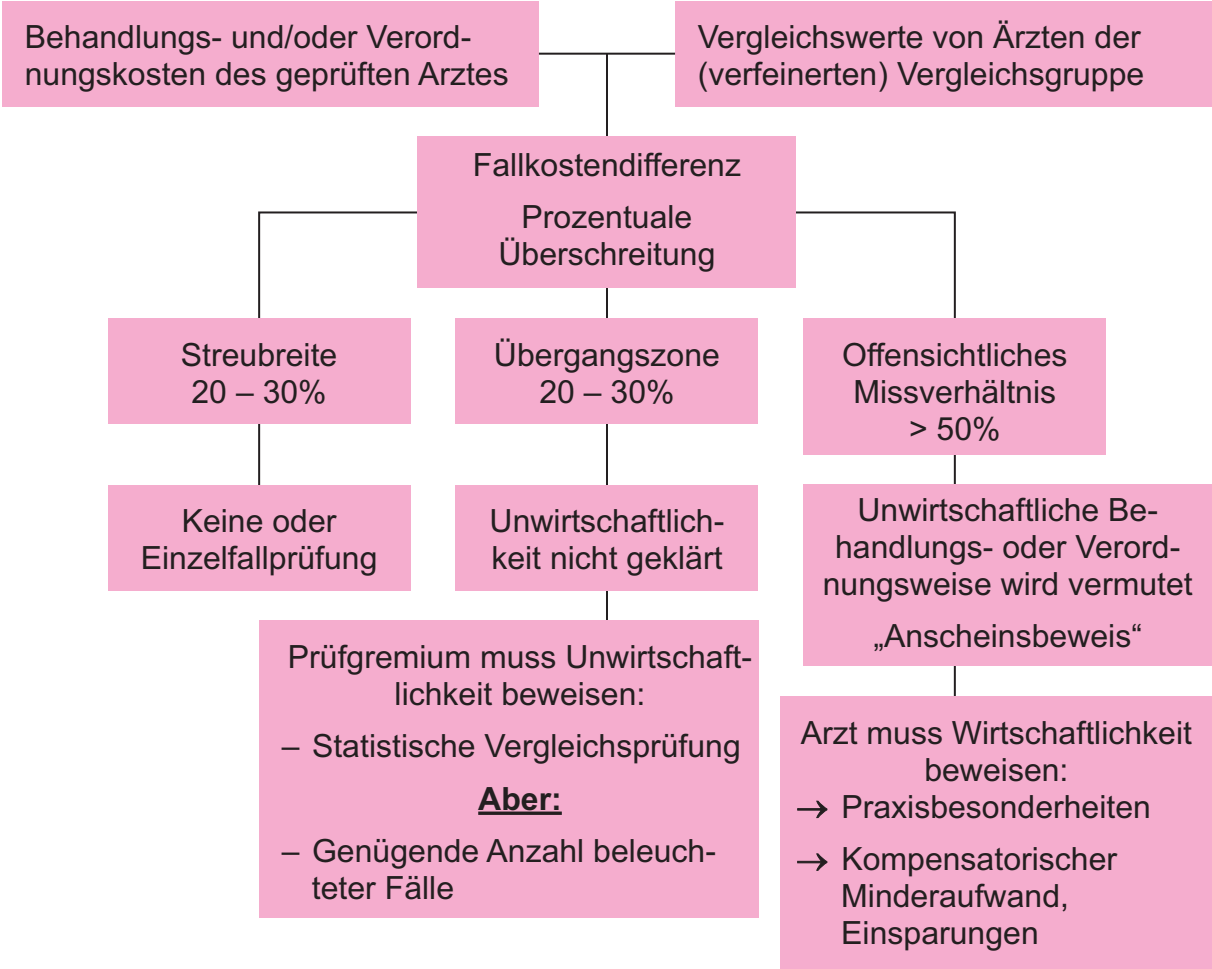


Abbildung 6: Statistische Vergleichsprüfung

4.2.2.3 Kompensatorische Einsparungen

Zur Widerlegung des Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit kann der betroffene Arzt geltend machen, dass der als unwirtschaftlich eingestufte Mehraufwand ganz oder teilweise dadurch gerechtfertigt ist, dass in einem anderen Bereich der ärztlichen Behandlungsweise Einsparungen erzielt wurden, die für den Mehrbedarf ursächlich sind.

Beispiel:

Ein Arzt erbringt im Rahmen der Praxistätigkeit zahlreiche physikalisch-medizinische Leistungen, die er im Rahmen seiner Honorarabrechnung gegenüber der KV geltend macht. In diesem Bereich liegt er im offensichtlichen Missverhältnis im Vergleich zur Fachgruppe. Der Arzt macht geltend, dass im Rahmen der Verordnungsweise physikalisch-medizinischer Leistungen deutliche Einsparungen im Vergleich zur Fachgruppe vorliegen. Die vermehrt selbst erbrachten physikalisch-medizinischen Leistungen sind kausal zu den Minderaufwendungen bei den veranlassten physikalisch-medizinischen Leistungen, mithin der Mehraufwand durch kompensatorische Einsparungen gerechtfertigt ist und der Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit insoweit entkräftet ist.

Ein anderer Weg zur Widerlegung des Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit ist die Geltendmachung von Praxisbesonderheiten (s. 5.2). Kompensatorische Einsparungen und Praxisbesonderheiten sind für jedes Quartal erneut darzulegen. Ein Verweis auf Erkenntnisse anderer Quartale reicht nicht aus, da die Erkenntnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Quartals für andere Quartale grundsätzlich nicht aussagekräftig sind, da sich die Verhältnisse von Quartal zu Quartal ändern könnten (vgl. BSG-Urteil vom 05.11.1997, AZ: 6 RKA 1/97).

4.2.2.4 Unwirtschaftlicher Mehraufwand

Nach ständiger BSG-Rechtsprechung ist die Feststellung des unwirtschaftlichen Mehraufwandes erforderlich, wenn dem Arzt nach Kürzung eine Restüberschreitung belassen wird, die nicht mehr im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses liegt (Vgl. z. B. Urteil des BSG vom 28.10.1992, AZ: 6 RKA 3/92). Aus diesem Grunde ist es in der Regel erforderlich, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis zu bestimmen bzw. im Bescheid Darlegungen anzustellen, aus welchem Grund die belassene Restüberschreitung immer noch ein offensichtliches Missverhältnis darstellt. Als Begründung kann z. B. herangezogen werden, dass es sich um eine sehr homogene Vergleichsgruppe handelt, dass ausreichend Praxisbesonderheiten oder kompensatorische Einsparungen berücksichtigt wurden oder es sich lediglich um eine Kürzung von Grundleistungen handelt, die jeder Arzt der Vergleichsgruppe erbringt.

Liegt die belassene Restüberschreitung nach Kürzung nicht im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses, so ist eine Feststellung des unwirtschaftlichen Mehraufwandes zu treffen.

Fallwert Arzt	100 Euro
Fallwert Vergleichsgruppe	30 Euro
Fallzahl Arzt	1.000
Offensichtliches Missverhältnis	
Fallwert Vergleichsgruppe + 50% = 30 Euro + 15 Euro = 45 Euro	
Unwirtschaftlicher Mehraufwand	
100 Euro (Fallwert Arzt)	
./ 45 Euro (Fallwert Fachgruppe + 50%)	
= 55 Euro pro Fall	
55 Euro x 1.000 Fälle = 55.000 Euro	

Abbildung 7: Feststellung des unwirtschaftlichen Mehraufwands

4.2.3 Sonstiger Schaden

Der Sonstige Schaden hat seine Ermächtigungsgrundlage in § 48 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä). Danach wird der sonstige durch einen Vertragsarzt verursachte Schaden, der einer Krankenkasse aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, oder aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen entsteht, durch die Prüfungseinrichtungen nach § 106 SGB V festgestellt. Im Gegensatz zu anderen Prüfmethoden setzt der Sonstige Schaden ein konkretes Verschulden des Vertragsarztes voraus. Die Einleitung der Prüfung erfolgt auf Antrag der geschädigten Krankenkasse.

4.2.3.1 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V

Gem. § 31 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 SGB V oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ausgeschlossen sind.

Es existieren derzeit über 30 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wobei sich die Überprüfung im Wesentlichen auf die Arzneimittel- und Heilmittel-Richtlinien konzentriert. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil der Bundesmantelverträge und damit verbindlich.

4.2.3.2 Normativer Schaden

Im Bereich der Sonstigen Schäden einschließlich der Verstöße gegen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wird auf den so genannten „normativen Schadensbegriff“ abgestellt. Das bedeutet, dass es bei der Festsetzung eines Regresses nicht darauf ankommt, ob und in welcher Höhe einer Krankenkasse tatsächlich ein Vermögensnachteil entstanden ist. Maßgeblich ist die Verletzung der vertragsärztlich verbindlichen Regelungen. Würde man lediglich von dem vermögensrechtlichen

Schadensbegriff ausgehen, könnte der Vertragsarzt den Schaden möglicherweise mit einem verordnungsfähigen Arzneimittel, das eine Alternative darstellt, und gleich teuer ist, aufrechnen. Der Normgeber hat mit Erlass von Richtlinien und mit verbindlichen Vereinbarungen zum Ausdruck gebracht, dass die Krankenkassen die Kosten für eine unzulässige Verordnung nicht tragen sollen. Diese normative Wertung kann bei der Bestimmung des Schadensbegriffes nicht außer Betracht bleiben und schließt aus, dass sich der auf Schadensersatz in Anspruch genommene Arzt darauf beruft, ein Vermögensschaden sei nicht entstanden. Unabhängig vom Vorliegen eines echten Vermögensschadens steht der (normative) Schaden darin, dass die Krankenkassen mit Kosten belastet wurden, die sie nach den vom Vertragsarzt zu beachtenden vertraglichen Bestimmungen jedenfalls in diesem konkreten Zusammenhang nicht zu tragen hatten.

Aufgrund dieser allein normativen Bewertung kann es in Einzelfällen dazu kommen, dass gegen einen Vertragsarzt ein Regress verhängt wird, obwohl kein Vermögensschaden entstanden ist.

4.2.4 Off-Label-Use

Ein Arzneimittel darf grundsätzlich nur zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn eine arzneimittelrechtliche Zulassung vorliegt. Wird ein Präparat außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt, handelt es sich um so genannten Off-Label-Use, was eine Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich ausschließt. Von diesem Grundsatz gibt es Ausnahmen. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit Beschluss vom 06.12.2005, AZ: 1 BvR 347/98 die Voraussetzungen der Leistungspflicht der GKV auch für nicht anerkannte Behandlungsmethoden erweitert (vgl. auch BSG-Urteil vom 04.04.2006, AZ: B 1 KR 7/05 R).

Die Voraussetzungen einer Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV liegen vor, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Es liegt eine lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Krankheit vor.
2. Bezüglich dieser konkreten Krankheit steht eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung. (Gleiches gilt für Fälle, bei denen es zwar grundsätzlich eine anerkannte Behandlungsmethode gibt, diese aber bei dem konkreten Versicherten wegen des Bestehens gravierender gesundheitlicher Risiken nicht angewandt werden kann.)
3. Es muss eine begründete Aussicht bestehen, dass mit der angewandten Methode oder dem verordneten Arzneimittel ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann.

In weiteren Urteilen hat das Bundessozialgericht klargestellt, dass eine Verordnung im Rahmen des Off-Label-Use nur in Betracht kommen kann, wenn das Präparat kausal auf die lebensbedrohliche Krankheit als solche einwirkt. Für Behandlungsverfahren, die dies nach ihrem eigenen methodischen Ansatz nicht leisteten, gelten die reduzierten Wirksamkeitsanforderungen des Bundesverfassungsgerichts von vorneherein nicht (vgl. BSG-Urteil vom 13.10.2010, AZ: B 6 KA 47/09 R und B 6 KA 48/09 R).

Durch die Konkretisierung der Rechtsprechung erhöht sich zwar die Rechtssicherheit für verordnende Ärzte; als Freifahrtschein sollten diese Lockerungen aber keinesfalls verstanden werden. Die Verantwortung für die Verordnung von Arzneimitteln zu Lasten der GKV obliegt allein dem Arzt, der in Zweifelsfällen nachweisen muss, dass eine Verordnungsfähigkeit im Sinne der oben zitierten Rechtsprechung zu Lasten der GKV zulässig war. Gelingt ihm das nicht, hat der Arzt die Kosten zu tragen.

Auf diese Unsicherheiten hat der Normgeber zwischenzeitlich reagiert und zum 01.01.2012 in § 2 Abs. 1a SGB V ein Genehmigungsverfahren für den Off-Label-Use etabliert. Danach haben Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, Anspruch auf Leistungen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Voraussetzung ist eine Genehmigung, die von der zuständigen Krankenkasse des Versicherten vor der Leistungserbringung bzw. Ausstellung der Verordnung zu erteilen ist. Erteilt die Kasse die Kostenzusage, entfällt das Regressrisiko für den Vertragsarzt.

4.2.5 Einzelfallprüfung

Bei der Einzelfallprüfung handelt es sich um eine klassische Prüfmethode, die allerdings wegen der vom Bundessozialgericht geforderten strengen Anforderungen als kaum durchführbar gilt. Die Einzelfallprüfung ist arztbezogen durchzuführen. Das bedeutet, dass nicht einzelne Abrechnungsziffern oder Verordnungen verschiedener Ärzte einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen werden, sondern sämtliche in einer (einzelnen) Praxis ausgestellten Verordnungen oder abgerechnete Ziffern einer Prüfung unterzogen werden. Das Bundessozialgericht hat in zahlreichen Entscheidungen derart strenge Vorgaben für die Durchführung und Begründung von Einzelfallprüfungen aufgestellt, die so schwer zu erfüllen sind, dass die Einzelfallprüfung in der Prüfungspraxis kaum eine Rolle spielt (BSGE 62, 18 = SozR, 2200 § 368n, Nr. 54). Die Einzelfallprüfung knüpft am Prinzip der direkten Tatsachenfeststellung an und hat daher bei der Erkrankung des Patienten anzusetzen und dementsprechend dessen konkrete Situation zum Zeitpunkt der Behandlung aufzuklären. Prüfung und Bescheidbegründung haben grundsätzlich von dem objektiven Krankheitszustand des Patienten vor Beginn der Behandlung auszugehen.

4.2.5.1 Eingeschränkte Einzelfallprüfung mit Hochrechnung

In Anbetracht der kaum zu erfüllenden Auflagen der klassischen Einzelfallprüfung hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 08.04.1992, AZ: 6 R KA 27/90, als weitere – zwar subsidiäre aber durchführbare – Prüfmethode die so genannte eingeschränkte Einzelfallprüfung mit Hochrechnung als zulässig erachtet.

Im Gegensatz zur strengen Einzelfallprüfung, die die nachträgliche Aufklärung des im Abrechnungsquartal objektiv bestehenden Gesundheitszustandes zum Ziel hat, unterzieht die Eingeschränkte Einzelfallprüfung die Behandlungsweise des Arztes unter Zugrundelegung seiner eigenen subjektiven Indikationsbeurteilung lediglich einer Schlüssigkeitsprüfung. Im Hinblick auf die begrenzte Aussagefähigkeit der Eingeschränkten Einzelfallprüfung kommt diese Prüfmethode nur dann in Betracht, wenn aussagekräftigere Beweismittel oder Methoden für den Nachweis der Unwirtschaftlichkeit nicht zur Verfügung stehen. Die Prüfungsgremien, die sich auf diese subsidiäre Methode stützen, sind gehalten, Eignung und Voraussetzung der eingeschränkten Einzelfallprüfung darzulegen und im Einzelfall nachzuweisen.

Die Eingeschränkte Einzelfallprüfung darf sich auf eine ausreichende repräsentative Stichprobe beschränken und den dabei festgestellten Kürzungsbetrag auf die Gesamtzahl hochrechnen. Hierbei geht das BSG von einer Anzahl von 20 % bzw. mindestens 100 Fällen aus.

Wegen der mit dieser Prüfmethode einhergehenden Unsicherheit ist von dem hochgerechneten Betrag ein Sicherheitsabschlag von 25 % abzuziehen.

Auch diese Prüfmethode ist in der Praxis kaum relevant.

4.2.6 Vertikalvergleich

Mit seiner Entscheidung vom 30.11.1994, AZ: 6 R KA 14/93, hat das Bundessozialgericht als weitere subsidiäre Prüfmethode den so genannten Vertikalvergleich als zulässige Prüfmethode normiert. Bei dem Vertikalvergleich wird die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eines Vertragsarztes mit den eigenen Abrechnungswerten früherer Quartale verglichen, wenn andere geeignete Prüfungsarten nicht zur Verfügung stehen. Das BSG führt in seinen Entscheidungsgründen dazu aus, dass eine Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der Grundlage anderer Prüfungsarten rechtlich jedenfalls dann zulässig und geboten sei, wenn die Prüfung nach den in § 106 Abs. 2 SGB V aufgeführten und den von den Vertragspartnern zusätzlich vereinbarten Prüfungsarten keine verwertbaren Ergebnisse erbringe. Dem Gesetz sei insofern keine generelle Beschränkung auf die gesetzlich vorgesehenen und vertraglich vereinbarten Prüfungsarten zu entnehmen und stünde im Übrigen auch im Widerspruch zur Überwachungsverpflichtung des § 106 Abs. 1 SGB V. Einer Gesetzesinterpretation, die im Ergebnis dazu führe, dass einzelne Ärzte oder Gruppen von ärztlichen Leistungserbringern nicht geprüft werden können, weil die gesetzlich vorgesehenen oder vertraglich vereinbarten Prüfungsarten ungeeignet seien, könne angesichts der sozial- und

vertragsarztrechtlichen Zusammenhänge nicht gefolgt werden. Sie stünde im direkten Wertungswiderspruch zu den aufgezeigten gesetzlichen Vorgaben, mit der Folge, dass die Prüfungseinrichtungen ihrer gesetzlichen Verpflichtungsüberwachung der Wirtschaftlichkeit in Teilbereichen nicht nachkommen könnten und das Wirtschaftlichkeitsgebot für die betroffenen Ärzte faktisch außer Kraft gesetzt würde. Gleichzeitig schließt das BSG aber eine allgemeine Anwendung des Vertikalvergleichs aus, da der Arzt im Gegensatz zu der statistischen Vergleichsprüfung mit dem Durchschnitt der eigenen Honoraranforderung verglichen wird, selbst wenn es keinerlei Beleg dafür gäbe, dass in früheren Quartalen erbrachte Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprochen haben. Die Durchführung eines Vertikalvergleichs als alleinige Prüfmethode kommt daher nur unter folgenden Voraussetzungen in Betracht:

1. Weder die gesetzlich vorgesehenen, noch die vertraglich vereinbarten Prüfungsarten sind zur Durchführung einer sachgerechten Wirtschaftlichkeitsprüfung geeignet.
2. Sowohl Patientengut als auch Behandlungsstruktur hat sich in den zu vergleichenden Zeiträumen nicht wesentlich geändert.
3. Für die Bildung des Durchschnittswertes sind mindestens vier aufeinander folgende Quartale zugrunde zu legen.
4. Es muss ausgeschlossen sein, dass es sich bei dem geprüften Quartal um ein einzelnes, aus der Reihe fallendes Spitzenquartal handelt.

4.3 Zufälligkeitsprüfungen

4.3.1 Stichprobenprüfung

Neben den Auffälligkeitsprüfungen sieht der Gesetzgeber in § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V die Zufälligkeitsprüfung vor. Danach sollen ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen auf Grundlage von arzt- und versichertenbezogenen Stichproben geprüft werden. In jedem Quartal sollen mindestens 2 % der Ärzte – nach Arztgruppen gesondert – einer Zufälligkeitsprüfung unterzogen werden. Die Prüfungen umfassen sämtliche erbrachten oder veranlassten Leistungen wie z. B. auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste Leistungen.

Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ist für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung:

1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),
2. die Eignung der Leistung zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),

3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben und
4. die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel.

Die Vertragspartner auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfungen, die wiederum Gegenstand der auf Landesebene abzuschließenden Prüfvereinbarungen sind.

Bei der Zufälligkeitsprüfung handelt es sich um eine äußerst aufwendige Prüfmethode, die allerdings in Relation des Aufwandes zum Ergebnis eher bescheiden abschneidet. Vor dem Hintergrund der umfangreichen Auffälligkeitsprüfungen – im Honorarbereich insbesondere die Plausibilitätsprüfung gem. § 106a SGB V (die allerdings allein in den Zuständigkeitsbereich der KVen fällt) sowie der Richtgrößenprüfung im Verordnungsbereich – ist das Gros der unwirtschaftlichen/inplausiblen Behandlungs- bzw. Verordnungsweise bereits weitestgehend abgeschöpft. Die Zufälligkeitsprüfung kann sich dann allenfalls auf die – gerade nicht als auffällig beanstandeten – Restbereiche erstrecken, mit der Folge, dass die Prüfungsgremien mit erheblichem Aufwand und Personaleinsatz nur unbedeutende Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot entdecken dürften.

5 Prüfverfahren

Die Prüfungsgremien ermitteln von Amts wegen, ob ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vorliegt (§ 20 SGB X, Amtsermittlungsgrundsatz).

Die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen fällt ausschließlich in die Zuständigkeit der Prüfungsgremien des § 106 SGB V.

Eine Randzuständigkeit der KVen, im Rahmen sachlich-rechnerischer Richtigstellung auch die Abrechnung unwirtschaftlicher Behandlungen zu berichtigen, besteht nicht. § 106 SGB V enthält insoweit eine verbindliche, abweichenden Vereinbarungen nicht zugängliche Kompetenzzuweisung nur insofern, als die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung besonderen, paritätisch besetzten und personell wie organisatorisch unabhängigen Prüfungsgremien übertragen und damit der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung entzogen ist. Das BSG hat eine Randzuständigkeit der KVen zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen gem. § 106 SGB V sogar ausdrücklich verneint (vgl. BSG-Urteil vom 01.07.98, AZ: B 6 KA 48/97 R).

Umgekehrt hat das Bundessozialgericht den Prüfungsgremien mit Urteil vom 20.09.95, AZ: 6 R KA 56/94, weitergehende Kompetenzen, nämlich eine so genannte „Randzuständigkeit“ für die Durchführung sachlich-rechnerischer Berichtigungen zugebilligt. Die Prüfungsgremien sind demnach befugt, auch außerhalb der Wirtschaftlichkeitsprüfung liegende sachlich-rechnerische Berichtigungen der Honorarabrechnungen und Verordnungen von Vertragsärzten dann vorzunehmen, wenn sich die Notwendigkeit dazu im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nachträglich ergibt und der Frage der Berechnungs- bzw. Verordnungsfähigkeit im Verhältnis zur Wirtschaftlichkeit keine derart überragende Bedeutung zukommt, dass eine Abgabe an die KV geboten ist.

5.1 Einleitung des Prüfverfahrens

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, ein Prüfverfahren in Gang zu setzen:

- von Amts wegen bei Überschreitung der Interventionsgrenze
Bei Überschreiten der Interventionsgrenzen im Rahmen der Richtgrößenprüfung erfolgt die Einleitung der Prüfung durch die Prüfungsstelle automatisch.
- Ziehung im Rahmen der Stichprobenprüfung
Für 2 % der Ärzte, die im Rahmen der Stichprobenprüfung gezogen wurden, wird ebenfalls ein Prüfverfahren eingeleitet.
- auf Antrag eines Beteiligten
Alle anderen Prüfverfahren werden auf Antrag eines Beteiligten eingeleitet. Antragsberechtigt sind die Vertragspartner auf Landesebene oder einzelne Krankenkassen.

5.2 Praxisbesonderheiten

Die Festlegung einer Honorarkürzung oder eines Regresses kommt nur dann in Betracht, wenn die verursachten Mehraufwendungen nicht durch Praxisbesonderheiten begründet werden können.

Als Praxisbesonderheiten kommen ausschließlich Umstände in Betracht, die sich auf das Handlungs- oder Ordnungsverhalten der geprüften Praxis auswirken und in Praxen der Fachgruppe typischerweise nicht oder nicht in derselben Häufigkeit anzutreffen sind. Praxisbesonderheiten müssen entweder ihrer Art nach für die Arztpraxen der Fachgruppe atypisch sein oder von ihrer Häufigkeit in der überprüften Arztpraxis so wesentlich über dem durchschnittlichen Anteil in Praxen der Fachgruppe liegen, dass allein die große Zahl im Ergebnis ein (spezifisches) Qualitätsmerkmal der geprüften Arztpraxis darstellt. Bei der Darlegung von Praxisbesonderheiten kommt es nicht darauf an, dass sich die betroffene Praxis für das Behandlungs- oder Ordnungsverhalten im Prüfzeitraum rechtfertigt, sondern vielmehr darauf, dass tatsächliche Unterschiede und Besonderheiten der eigenen Praxisführung dargelegt werden. Hierzu genügt es nicht, bestimmte Leistungen oder Ordnungen nur als besonders kostenaufwendig herauszustellen. Die betroffene Praxis muss vielmehr substantiiert darlegen, inwiefern sich die Praxis gerade in Bezug auf diese Merkmale von anderen Praxen unterscheidet.

Einige Praxisbesonderheiten liegen auf der Hand, etwa eine allgemeinmedizinische Praxis, die eine HIV-Schwerpunktpraxis betreibt; leider stellen sich bei vielen Praxen die Besonderheiten nicht so offensichtlich dar, sondern müssen überzeugend dokumentiert werden. Die pauschale Behauptung des Vorhandenseins „schwerer Fälle“ oder eines „besonderen Patientengutes“ genügt diesen Anforderungen nicht. Gleiches gilt für den generellen Vortrag der Betreuung kostenintensiver Bewohner eines Pflegeheimes oder die kostspielige Behandlung hochbetagter Patienten, um einen anerkenungsfähigen Mehrbedarf bei den Verordnungskosten zu rechtfertigen (BSG-Urteil vom 05.06.2013, AZ: B 6 KA 40/12 R).

Eine Besonderheit gilt bei der Verordnung von Heilmitteln. Seit dem 01.07.2011 kann die Krankenkasse gem. § 8 Abs. 5 der Heilmittelrichtlinien bei besonderer Schwere von funktionellen/strukturellen Schädigungen auf Antrag des Versicherten Langzeitgenehmigungen von mindestens einem Jahr erteilen. Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zum 01.01.2012 hat dieser Genehmigungsvorbehalt Eingang in das Gesetz gefunden. Gem. § 32 Abs. 1a SGB V haben Versicherte mit langfristige Behandlungsbedarf die Möglichkeit, sich auf Antrag die erforderlichen Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen zu lassen. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Heilmittelrichtlinien. Die Krankenkasse muss über die Anträge innerhalb von 4 Wochen entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf dieser Frist als erteilt. Die gem. § 32 Abs. 1a Satz 1 SGB V genehmigten Verordnungen unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung (vgl. § 106 Abs. 2 Satz 18 SGB V).

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln festzulegen, die von den Prüfungsgremien nach § 106 SGB V zwingend anzuerkennen sind (vgl. § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V).

Etwas differenzierter gestaltet sich die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten im Rahmen der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V. Diese Regelung sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss den Nutzen bzw. den Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie, dem Ausmaß des Zusatznutzens und seiner therapeutischen Bedeutung bewertet. Liegt eine positive Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses vor, vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem pharmazeutischen Unternehmen gem. § 130b Abs. 1 SGB V einen Erstattungspreis. Arzneimittel, für die eine entsprechende Vereinbarung existiert, gelten gem. § 130b Abs. 2 SGB V als Praxisbesonderheit, die von den Prüfungsgremien gem. § 106 Abs. 5a SGB V anzuerkennen sind. Diese Anerkennung erfolgt allerdings nicht automatisch, und bezieht sich ausschließlich auf die Indikation, für die der G-BA dem Medikament einen Zusatznutzen zugesprochen hat. Den Prüfungsgremien obliegt die Prüfung, ob der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung (Indikation) eingehalten hat. Ist dies der Fall, gilt dieses Arzneimittel als Praxisbesonderheit im Rahmen von Prüfverfahren.

5.3 Prüfungsstelle

Mit der Einleitung des Prüfverfahrens wird die Prüfungsstelle tätig und nimmt die Prüftätigkeit auf. Zunächst wird der betroffene Vertragsarzt von dem konkreten Prüfverfahren in Kenntnis gesetzt und zur Stellungnahme aufgefordert. Der Vertragsarzt hat nunmehr Gelegenheit, den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit zu entkräften und seine Praxisbesonderheiten darzulegen.

Unter Berücksichtigung dieses Vorbringens erlässt die Prüfungsstelle sodann einen Bescheid gegenüber dem betroffenen Vertragsarzt. Hierbei hat die Prüfungsstelle die unter 5.3.1 bis 5.3.6 genannten gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben zu beachten.

5.3.1 Beurteilungs- und Ermessensspielräume

Der Prüfungsstelle stehen bei ihren Feststellungen und Entscheidungen Beurteilungs- und Ermessensspielräume offen, die im Rahmen des Prüfverfahrens auszufüllen sind.

Beurteilungsspielraum:

Hierbei handelt es sich um eine tatbestandliche Voraussetzung. Die Entscheidung hat auf Grundlage eines umfassend ausermittelten Tatbestandes zu erfolgen. Ein Beurteilungsspielraum liegt vor, wenn auf der Tatbestandseite ein unbestimmter Rechtsbegriff vorliegt. Dieser Rechtsbegriff kann nun durch die Prüfungsgremien ausgelegt werden, es liegt also bei den Prüfungsgremien, ob der Tatbestand zutrifft oder nicht.

Beispiele für **unbestimmte Rechtsbegriffe** im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung:

- Liegt eine **Praxisbesonderheit** vor?
- Liegt ein **offensichtliches Missverhältnis** vor?
- Ist die Verordnung **wirtschaftlich** oder **unwirtschaftlich**?
- Welche **Vergleichsgruppe** ist geeignet?

Im Rahmen des Beurteilungsspielraums haben die Prüfungsgremien festzustellen, ob die tatbestandsmäßigen Voraussetzungen vorliegen und auf welchen Beurteilungskriterien diese beruhen.

Ermessensspielraum:

Ermessen wird ausschließlich auf der Rechtsfolgenseite ausgeübt, das heißt in den Fällen, in denen die Prüfungsgremien die Wahlmöglichkeit zwischen mehreren Rechtsfolgen hat (z. B. keine Maßnahme, Beratung oder Kürzung bzw. Regress). Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung haben die Prüfungsgremien in der Regel sowohl ein Entschließungs- als auch ein Auswahlermessen. Ein **Entschließungsermessen** liegt vor, wenn die Prüfungsgremien darüber zu entscheiden haben, ob überhaupt eine Prüfmaßnahme ausgesprochen werden soll. Sofern die Prüfungsgremien zu dem Ergebnis kommen, es ist eine Prüfmaßnahme festzulegen, hat sie im Rahmen des **Auswahlermessens** festzulegen, welche Maßnahme in welcher Höhe ausgesprochen werden soll.

Beurteilungs- und Ermessensspielräume:

Tatbestand	Rechtsfolge
Beurteilungsspielraum:	Ermessensspielraum:
z. B. <ul style="list-style-type: none"> ■ Liegt ein offensichtliches Missverhältnis vor? ■ Liegt ein Verstoß gegen die Richtlinien gemäß § 92 SGB V vor? 	a) <u>Entschließungsermessen:</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Soll eine Maßnahme verhängt werden?
	b) <u>Auswahlermessen:</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Welche Maßnahme? (Beratung oder Kürzung bzw. Regress und in welcher Höhe?)

Abbildung 8: Beurteilungs- und Ermessensspielräume

Während die Auslegung von Beurteilungsspielräumen wegen der Rechtsschutzgarantie aus Artikel 19 Abs. 4 Grundgesetz (GG) voll überprüfbar ist, ist eine Ermessensentscheidung nur daraufhin überprüfbar, ob sich die Ermessensentscheidung im vorgegebenen Rahmen hält. Ein Ermessensfehler führt zur Rechtswidrigkeit des Bescheides (s. 6.1.1).

5.3.2 Rechtliches Gehör, Anhörung

Bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift, ist diesem gem. § 24 Abs. 1 SGB X Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern.

Bei Bescheiden gem. § 106 SGB V handelt es sich regelmäßig um Verwaltungsakte, die in die Rechte Beteiligter eingreifen, so dass der betroffene Arzt in jedem Fall vor Erteilung eines Bescheides durch die Prüfungsstelle anzuhören ist.

Ein Recht auf persönliche Anhörung besteht nach dem Gesetzeswortlaut nicht. Die Prüfungsgremien sind lediglich verpflichtet, die Möglichkeit einer schriftlichen Stellungnahme einzuräumen. Dazu kann der betroffene Arzt nach Vorschriften des § 25 SGB X Akteneinsicht verlangen. Der Betroffene kann, muss sich aber nicht äußern.

Die meisten Prüfvereinbarungen sehen die Möglichkeit der persönlichen Anhörung des Beteiligten im Widerspruchsverfahren vor dem Beschwerdeausschuss vor.

5.3.3 Ausschlussfrist/Verjährung/Hemmung

Bereits Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 16.06.93, AZ: 14 A / 6 R KA 37/91 klargestellt, dass der Prüfanspruch bzw. die Prüfbefugnis der Gremien gemäß § 106 SGB V nicht den Verjährungsvorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) unterliegt, da der Prüfanspruch als verfahrensrechtliches Gestaltungsrecht einzustufen ist. Anstelle der Verjährungsvorschrift gemäß BGB hat das BSG für diese Verfahren die vierjährige Ausschlussfrist als einschlägig erachtet.

In seiner Entscheidung vom 05.05.2010, AZ: B 6 KA 5/09 R, hat das Bundessozialgericht diese Rechtsprechung konkretisiert. Nach Auffassung des BSG unterliegt nach § 194 Abs. 1 BGB der Verjährung nur das Recht, von einem anderen ein Tun oder Unterlassen zu verlangen (Anspruch); Rechte, die keine Ansprüche sind (Gestaltungsrecht), unterliegen nicht der Verjährung. Das Bundessozialgericht differenziert allerdings zwischen verschuldensabhängigen und verschuldensunabhängigen Regressen. So unterliegen verschuldensunabhängige Regresse wegen fehlender Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln (z. B. Off-Label-Use, Verstöße gegen die Richtlinien des G-BA gem. § 92 SGB V etc.) einer Ausschlussfrist. Das BSG stellt in diesem Zusammenhang klar, dass es sich bei derartigen Regressen nicht um Fälle des „Sonstigen Schadens“ handelt, sondern eine unwirtschaftliche Ordnungsweise im Sinne von § 106 Abs. 2 Satz 1 SGB V darstellt.

Im Falle verschuldensabhängiger Regressforderungen wegen Verursachung eines „Sonstigen Schadens“ (s. 4.2.3) gelten hingegen die Verjährungsvorschriften.

Sowohl Verjährungsfrist gemäß BGB als auch die vom BSG entwickelte Ausschlussfrist laufen vier Jahre – ist es da nicht egal, welche Frist zugrunde gelegt wird? **Nein!**

Ausschlussfrist:

Stellen die Prüfungsgremien fest, dass der Bescheid den Beteiligten nicht innerhalb der Ausschlussfrist zugegangen ist, entfällt die Befugnis zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Ausschlussfrist knüpft an die Prüfbefugnis an mit der Folge, dass das Vorliegen einer Ausschlussfrist von Amts wegen, das heißt von der Prüfungsstelle bzw. vom Beschwerdeausschuss zu beachten ist, ohne dass es einer gesonderten Antragstellung eines Beteiligten bedarf. Stellen die Prüfungsgremien fest, dass die Ausschlussfrist abgelaufen ist, ist das Prüfverfahren von Amts wegen einzustellen.

Die Ausschlussfrist beträgt grundsätzlich vier Jahre. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-WSG zum 01.01.2008 eine zweijährige Ausschlussfrist bei Richtgrößenprüfungen eingeführt und damit die Voraussetzungen für die Festsetzung von Richtgrößenregressen zugunsten der Vertragsärzte erheblich verschärft (§ 106 Abs. 2 Satz 7 SGB V).

Verjährung:

Im Gegensatz zur Ausschlussfrist verlangt die Verjährung ein Tätigwerden des Betroffenen. Die Verjährungsvorschriften sind nur auf Einrede eines Beteiligten zu beachten. Folglich ist auch ein Bescheid, der nach Ablauf der 4-Jahres-Frist erlassen wird, rechtmäßig und umzusetzen, sofern die Einrede der Verjährung nicht rechtzeitig erhoben wurde.

Hemmung:

Die vertragsärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung hat innerhalb einer 4-jährigen Ausschlussfrist zu erfolgen. Dabei stellt das Bundessozialgericht darauf ab, dass der die Wirtschaftlichkeitsprüfung abschließende Bescheid der Prüfungsstelle allen Beteiligten – insbesondere auch allen in § 106 Abs. 5 Satz 3 SGB V genannten Institutionen – innerhalb Frist bekannt gegeben sein muss (vgl. BSG-Urteil vom 28.04.2004, AZ: B 6 KA 08/03 R).

Das BSG hat mehrfach klargestellt, dass hinsichtlich einer wirksamen Hemmung der Ausschlussfrist die Anwendung einzelner Verjährungsvorschriften des BGB greifen. Die Hemmung der Fristen erfordert danach zwingend den Erlass eines Verwaltungsaktes. Die bloße Kenntnisnahme einer solchen Möglichkeit vor Ablauf der Ausschlussfrist schließt deren Eingreifen nicht aus. Zweck der Ausschlussfrist liegt nicht darin, den „ahnungslosen“ Vertragsarzt davor zu schützen, sich nach mehr als vier Jahren einer überraschenden Honorarberichtigung ausgesetzt zu sehen. Vielmehr soll mit der Ausschlussfrist der Gefahr eines „ewigen Prüfverfahrens“ begegnet werden und der Rechtssicherheit Rechnung getragen werden (BSG-Urteil vom 06.09.2006, AZ: B 6 KA 40/05 R).

In seiner Entscheidung vom 05.05.2010, AZ: B 6 KA 5/09 R, hat der Senat eine wirksame Unterbrechung bzw. Hemmung von Ausschluss- bzw. Verjährungsfristen in entsprechender Anwendung des § 45 Abs. 3 SGB I auch dann bejaht, wenn ein Prüfantrag der Krankenkasse innerhalb dieser Fristen gestellt wurde und der betroffene Arzt von dem Prüfantrag der Krankenkasse unterrichtet ist und über den Grund informiert wird, weshalb mit einer zügigen Entscheidung nicht gerechnet werden kann.

Eine wirksame Unterbrechung bzw. Hemmung der Frist liegt ebenfalls vor, wenn eine Wirtschaftlichkeitsprüfung wegen einer fehlenden Einigung der Gesamtvertragspartner über das durchzuführende Verfahren von den Prüfungsgremien nicht weitergeführt werden kann (vgl. BSG-Urteil vom 15.08.2012, AZ: B 6 KA 27/11 R). Da der Vertragsarzt aber nur mittelbar über seine Kassenärztliche Vereinigung in die Verhandlungen einbezogen sei, ist weitere Voraussetzung für eine wirksame Unterbrechung bzw. Hemmung der Frist, dass ihm der Grund für das Zurückstellen der Entscheidung deutlich mitgeteilt wird.

Eine wirksame Hemmung kann ebenfalls bewirkt werden, wenn im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung oder Plausibilitätsprüfung durch die KV konkrete Gebührenordnungsnummern einer Honorarkürzung unterzogen werden und sich später herausstellt, dass das Verfahren in den Zuständigkeitsbereich der Prüfungsgremien gemäß § 106 SGB V fällt. In diesen Fällen hemmt der Bescheid der KV die Ausschlussfrist zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Dies gilt allerdings ausschließlich in den Fällen, in denen identische Leistungen betroffen sind.

5.3.4 Ergebnis der Prüfung/Prüfmaßnahmen

Je nach Prüfungsart und Prüfmethode entscheidet die Prüfungsstelle,

- ob überhaupt Anlass für eine Prüfmaßnahme besteht,
- ob eine Beratung ausreicht,
- ob eine Honorarkürzung oder ein Regress zu verhängen ist und ggf.
- über die Höhe der Honorarkürzung bzw. des Regresses.

Dabei sollen gemäß § 106 Abs. 5 Satz 2 SGB V gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Der Vorschrift kann aber nicht entnommen werden, dass Prüfmaßnahmen erst nach vorherigen gezielten Beratungen erfolgen dürfen (vgl. BSG-Urteil vom 09.03.94, AZ: 6 R KA 17/92). **Ausnahme:** Bei Richtgrößenprüfungen ist die Durchführung einer individuellen Beratung zwingend vorgeschrieben, bevor erstmals eine Regressforderung festgesetzt werden kann (vgl. § 106 Abs. 5e Satz 1 SGB V).

Vor dem Hintergrund der Budgetierung der Vergütung im Honorarbereich hat das Bundessozialgericht klargestellt, dass auch eine Kürzung unterhalb der Budgetgrenzen rechtmäßig ist (vgl. BSG-Urteil vom 15.05.02, AZ: B 6 KA 30/00 R). Dürfte eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nur bis zur Budgetgrenze gehen, liefe diese nach Auffassung des BSG ins Leere. Die Kürzung wegen Unwirtschaftlichkeit soll allerdings nur das auf

die unwirtschaftlichen Leistungen entfallende Honorar ausschöpfen und nicht im Zusammenwirken mit den Praxisbudgets zu einer „doppelten“ Belastung des Arztes führen. Vor diesem Hintergrund dürfen budgetierte Leistungen nur mit dem Wert (Quote) abgezogen werden, den sie im Budget gehabt hätten.

5.3.5 Begründungspflicht des Bescheides gem. § 35 Abs. 1 SGB X

Ein schriftlicher oder schriftlich bestätigter Verwaltungsakt ist schriftlich zu begründen. In der Begründung sind die wesentlichen, tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Prüfungsstelle bzw. den Beschwerdeausschuss zu der getroffenen Entscheidung bewogen haben. Die Begründung von Ermessensentscheidungen muss auch die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen die Prüfungsgremien bei der Ausübung des Ermessens ausgegangen sind.

In Bescheiden betreffend die Wirtschaftlichkeitsprüfung wird regelmäßig Ermessen ausgeübt. Aus den Bescheiden muss erkennbar sein, dass den Prüfungsgremien bewusst ist, dass Ermessen auszuüben ist. Fehlen diese, liegt ein Formmangel vor, der gemäß § 42 Satz 1 SGB X zur Aufhebung des (rechtswidrigen) Bescheides führt. Daneben muss ganz klar erkennbar sein, welche konkreten Gesichtspunkte die Prüfungsgremien zu der getroffenen Entscheidung bewogen haben.

5.3.6 Rechtsbehelfsbelehrung

Der Beschluss der Prüfungsstelle ist mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen. Ist dies unterblieben oder ist die Rechtsbehelfsbelehrung fehlerhaft, verlängert sich die Widerspruchsfrist bzw. Klagfrist von einem Monat auf ein Jahr.

Beispiel:

Rechtsbehelfsbelehrung:

„Gegen diesen Bescheid kann binnen eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der Prüfungsstelle Widerspruch erhoben werden.“

„Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe bei dem Sozialgericht schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle Klage erhoben werden.“

Die direkte Klagemöglichkeit gilt ausschließlich für Bescheide der Prüfungsstelle betreffend die Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind.

5.4 Widerspruchsverfahren vor dem Beschwerdeausschuss

Gegen den Bescheid der Prüfungsstelle können sowohl der Arzt als auch die Landesverbände der Krankenkassen oder die Kassenärztliche Vereinigung binnen eines Monats nach Zugang Widerspruch einlegen. Die Widerspruchsfrist ist zwingend einzuhalten, da der Bescheid ansonsten bestandskräftig wird, das heißt die Entscheidung ist unangreifbar, auch wenn sie inhaltlich falsch sein sollte. Zur Einhaltung der Frist genügt es, in einem kurzen Schreiben Widerspruch einzulegen. Eine Begründung kann zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht werden. Auch hier gilt: Der Widerspruch kann, muss aber nicht begründet werden.

Wird die Widerspruchsfrist versäumt, besteht unter sehr strengen Voraussetzungen die Möglichkeit einer so genannten Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand gemäß § 27 SGB X, was jedoch aufgrund der strengen Voraussetzungen keine Option darstellt, auf die vertraut werden sollte.

Der Widerspruch kann zu jeder Zeit kostenfrei zurückgenommen werden. Die Kosten für die Inanspruchnahme eines Rechtsanwaltes verbleiben allerdings nach Rücknahme des Widerspruchs beim Widerspruchsführer.

Nichtöffentlichkeit des Verfahrens

Sitzungen des Beschwerdeausschusses sind nicht öffentlich. Sachverständige und Gutachter können allerdings angehört werden. Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle sind nicht als Öffentlichkeit anzusehen und zu Sitzungen des Beschwerdeausschusses zugelassen.

5.4.1 Aufschiebende Wirkung

Die Anrufung des Beschwerdeausschusses hat gemäß § 106 Abs. 5 Satz 4 SGB V aufschiebende Wirkung. Das bedeutet, dass die von der Prüfungsstelle festgesetzte Maßnahme zunächst nicht vollzogen werden kann.

5.4.2 Verfahren vor dem Beschwerdeausschusses

Beim Beschwerdeverfahren handelt es sich um ein eigenständiges Verwaltungsverfahren, das heißt der Beschwerdeausschuss überprüft nicht nur, ob die im Widerspruch vorgetragene Einwände gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle stichhaltig sind, sondern prüft die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise insgesamt von Neuem.

Auf Grundlage der vorliegenden Unterlagen, des Vorbringens im Widerspruchsverfahren sowie ggf. der persönlichen Anhörung des Betroffenen entscheidet der Beschwerdeausschuss:

- dem Widerspruch stattzugeben **oder**
- den Bescheid der Prüfungsstelle zu bestätigen **oder**
- den Regress oder die Honorarkürzung durch die Anerkennung von Praxisbesonderheiten oder sonstiger Gegebenheiten zu reduzieren **oder**
- eine Beratung als Prüfmaßnahme festzusetzen **oder**
- den Regressbetrag zu erhöhen.

Eine Reformatio in peius, also eine Verböserung ist insbesondere dann möglich, wenn auch eine Krankenkasse Widerspruch eingelegt hat. Sollte die Prüfungsstelle beispielsweise zugunsten des betroffenen Arztes Praxisbesonderheiten in erheblichem Umfang herausgerechnet haben, kann es sein, dass diese Besonderheiten vom Beschwerdeausschuss nicht – oder nicht in vollem Umfang – berücksichtigt werden, so dass die Kürzung bzw. der Regress am Ende höher ausfällt.

Für das gesamte Beschwerdeverfahren gelten ansonsten dieselben verfahrensrechtlichen Voraussetzungen wie vor der Prüfungsstelle.

Auch eine Beratung als Prüfmaßnahme stellt einen belastenden Verwaltungsakt dar, der selbstständig anfechtbar ist (BSG-Urteil vom 05.06.2013, AZ: B 6 KA 40/12 R).

5.4.3 Widerspruchsbescheid des Beschwerdeausschusses

Der Widerspruchsbescheid unterliegt ebenfalls den formell und materiell-rechtlichen Voraussetzungen wie der Bescheid der Prüfungsstelle.

Der Bescheid des Beschwerdeausschusses muss innerhalb einer 5-Monats-Frist seit Beschlussfassung zur Post gegeben werden. Ansonsten gilt dieser als nicht mit Gründen im Sinne des § 35 Abs. 1 SGB X versehen und ist damit rechtswidrig (vgl. BSG-Urteil vom 15.11.95, AZ: 6 R KA 5/95).

Die 5-Monats-Frist ist die äußerste noch zu akzeptierende Zeitspanne zur Niederlegung der Entscheidungsgründe des Beschwerdeausschusses. Entscheidend kommt es hier auf die Beurkundungsfunktion der schriftlich abgefassten Gründe an, die ein Beratungsergebnis wiedergeben sollen. Bei einer Frist von über fünf Monaten ist die Gefahr zu groß, dass das Erinnerungsvermögen schwindet und das Beratungsergebnis eher „rekonstruiert“ als „reproduziert“ werde.

Gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses kann binnen Monatsfrist Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden.

5.4.4 Erstattung von Kosten im Widerspruchsverfahren

Soweit der Widerspruch erfolgreich ist, sind demjenigen, der Widerspruch erhoben hat, die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung notwendigen Aufwendungen zu erstatten. Die Gebühren und Auslagen eines Rechtsanwaltes oder eines sonstigen Bevollmächtigten im Vorverfahren sind erstattungsfähig, wenn die Zuziehung eines Bevollmächtigten notwendig war (§ 63 Abs. 1 SGB X). Ob die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten notwendig war, entscheidet der Beschwerdeausschuss.

Die Pflicht zur Kostenerstattung erstreckt sich ausschließlich auf das Vorverfahren. Bei Entscheidungen der Prüfungsstelle handelt es sich nicht um ein Vorverfahren im Sinne des Gesetzes, so dass insoweit selbst dann keine Kosten erstattet werden, wenn gegen den betroffenen Vertragsarzt keine Prüfmaßnahme verhängt wird.

6 Rechtsweg

Neben dem betroffenen Vertragsarzt und dem Beschwerdeausschuss sind sowohl die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen Beteiligte in den Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne des § 106 SGB V. Dies ergibt sich – soweit die Krankenkassenverbände Prüfanträge stellen – aus § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB X und im Übrigen aus § 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB X. Danach sind u. a. Beteiligte diejenigen, an die die Behörde den Verwaltungsakt richten will oder gerichtet hat. Entscheidungen der Prüfungseinrichtungen sind nicht nur an den betroffenen Arzt, sondern immer auch an die in § 106 Abs. 5 Satz 3 SGB V genannten Institutionen zu richten. Diese sind ebenfalls berechtigt, Entscheidungen der Prüfungsgremien anzufechten. Sie sind deshalb nicht anders als der betroffene Arzt Adressat der Entscheidungen und damit – und zwar unabhängig von einer Hinzuziehung zum Verfahren seitens der Prüfungsgremien auf Grundlage des § 12 Abs. 2 SGB X – Beteiligte des Prüfverfahrens, mithin diese gemäß § 75 Abs. 2 SGG im Sozialgerichtsverfahren regelmäßig notwendig beizuladen sind (vgl. BSG-Urteil vom 28.04.04, AZ: B 6 KA 8/03 R). Maßgeblich für die Rechtsmittelbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen ist der Umstand, dass die Prüfungsgremien Entscheidungen treffen, die unmittelbare Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung haben, für die die KVen und die Krankenkassen Sorge zu tragen haben (vgl. § 72 Abs. 1 und 2, § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Auf eine konkrete Beschwerde dieser Institutionen kommt es daher insoweit nicht an.

6.1 Sozialgerichtsverfahren

Abweichend von der Erhebung des Widerspruchs gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle entfaltet die Klageerhebung nicht in allen Fällen aufschiebende Wirkung. Gemäß § 106 Abs. 5 Satz 7 und Abs. 5a Satz 11 SGB V entfalten Klagen gegen vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Honorarkürzungen sowie Richtgrößenregresse keine aufschiebende Wirkung. Dies hat zur Folge, dass diese Forderungen unmittelbar fällig werden.

Auch im Sozialgerichtsverfahren gilt der Amtsermittlungsgrundsatz gem. § 20 SGB X. Danach muss das Gericht den Sachverhalt von Amts wegen ermitteln und alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände berücksichtigen. Das Sozialgericht prüft, ob die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses auf Grundlage der ihm bei der Sitzung vorliegenden Unterlagen rechtmäßig ergangen sind.

Das Sozialgerichtsverfahren wird in der Regel abgeschlossen durch Klagerücknahme, Urteil oder Vergleich.

6.1.1 Eingeschränkte gerichtliche Überprüfbarkeit

Klagegegenstand ist grundsätzlich allein der Bescheid des Beschwerdeausschusses. Bei dem Verfahren der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung handelt es sich um ein besonderes Verwaltungsverfahren mit zwei grundsätzlich voneinander unabhängigen Instanzen, der Prüfungsstelle einerseits und dem Beschwerdeausschuss andererseits, so dass der Bescheid der Prüfungsstelle grundsätzlich nicht Klagegegenstand wird. Ausnahme: In den Fällen, in denen feststeht, dass auch die Prüfungsstelle unter keinen Umständen einen Regress festsetzen durfte und demzufolge dem Widerspruch zwingend stattzugeben wäre, wird auch der Bescheid der Prüfungsstelle Klagegegenstand (vgl. BSG-Urteil vom 15.04.86, AZ: 6 R KA 27/84).

Da den Prüfungsgremien bei ihren Feststellungen und Entscheidungen in mehrfacher Hinsicht Beurteilungs- und Ermessensspielräume zustehen, unterliegen Prüfungsbescheide nur einer eingeschränkten Kontrolle durch die Gerichte. Dabei ist jede Entscheidung, die sich im Rahmen der ungefähren Richtigkeit hält, von den Gerichten als rechtmäßig hinzunehmen (BSG SozR.-2002 § 368n Nrn. 31, 36). Angesichts dieser nur beschränkten Prüfbefugnis des Gerichts hat die Verpflichtung der Prüfungsgremien, die von ihnen erlassenen Bescheide gem. § 35 Abs. 1 SGB X ordnungsgemäß zu begründen, eine gesteigerte Bedeutung. Das Gericht untersucht insbesondere, ob das Prüfungsgremium die einzelnen Prüfungsschritte so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (BSG SozR-2005 § 106 Nr. 6).

Dem Gericht ist es verwehrt, seine eigenen Zweckmäßigkeitserwägungen anstelle derjenigen des Beschwerdeausschusses zu setzen. Im Rahmen seiner Prüfung untersucht das Gericht den angefochtenen Bescheid auf Ermessensfehler:

■ **Ermessensüberschreitung**

Die vom Beschwerdeausschuss gewählte Rechtsfolge liegt nicht im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage.

■ **Ermessensnichtgebrauch**

Der Beschwerdeausschuss geht irrtümlich von einer gebundenen Entscheidung aus, übersieht also, dass ihm ein Ermessensspielraum zukommt, und betätigt daher sein Ermessen überhaupt nicht.

■ **Ermessensfehlgebrauch**

Der Beschwerdeausschuss beachtet gesetzliche Zielvorgaben oder sonstige rechtsstaatliche Grundsätze nicht. Es fand z. B. keine vollständige Tatsachenermittlung statt oder der Entscheidung liegen sachfremde Erwägungen zugrunde.

Liegt ein Ermessensfehler vor, ist der Bescheid rechtswidrig und aufzuheben und der Beschwerdeausschuss wird zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts verpflichtet. Eine alleinige Aufhebung des Bescheides kommt nicht

in Betracht, da das Sozialgericht nicht die Zweckmäßigkeitsüberlegungen anstelle des Beschwerdeausschusses vornehmen darf.

6.2 Vergleichsvereinbarungen

Vergleichsvereinbarungen werden in der Regel zwischen den Hauptbeteiligten, dem Beschwerdeausschuss einerseits und dem betroffenen Arzt andererseits abgeschlossen. Ein Vergleich zwischen den Hauptbeteiligten ist auch dann wirksam, wenn die beteiligten Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung nicht zugestimmt haben. **Aber:** Sowohl die Landesverbände der Krankenkassen als auch die Kassenärztlichen Vereinigungen sind berechtigt, den Vergleich gerichtlich anzufechten. Dazu ist es erforderlich, dass die Vergleichsvereinbarungen den Beteiligten in gleicher Weise zugestellt werden, wie Urteile oder Beschlüsse. Darüber hinaus muss der Vergleich eine Begründung der Regelungen gem. § 35 SGB X enthalten, soweit eine solche Begründung dem Vergleich nicht mit hinreichender Klarheit entnommen werden kann. Der Vergleich muss ferner eine Rechtsbehelfsbelehrung beinhalten, da sich die Möglichkeit der Klageerhebung ansonsten auf ein Jahr verlängert (vgl. BSG-Urteil vom 28.04.04, AZ: B 6 KA 8/03 R).

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, Vergleichsvereinbarungen bereits im Vorfeld mit allen Beteiligten abzustimmen.

6.3 Gerichtskosten

Das Sozialgerichtsverfahren ist gebührenpflichtig. Die Gebühren richten sich nach dem Streitwert, hier also nach der Höhe der im Raum stehenden Regressforderung bzw. Honorarkürzung.

Gerichtsgebühren sind zunächst vom Kläger vorzustrecken. Sollte der Klage stattgegeben werden, gehen diese Kosten in der Regel auf den Verlierer des Prozesses über.

6.4 Ablaufschema der Wirtschaftlichkeitsprüfung



Abbildung 9: Ablaufschema der Wirtschaftlichkeitsprüfung

² Gilt nicht für festgestellte Verstöße gegen die Richtlinien nach § 92 SGB V. In diesen Fällen findet kein Vorverfahren statt, das heißt nach der Entscheidung der Prüfungsstelle ist der Klageweg direkt eröffnet.

6.5 Einstweiliger Rechtsschutz

Um die sofortige Vollziehung der Regressforderungen bzw. Honorarkürzungen zu verhindern, besteht die Möglichkeit, parallel zum Klageverfahren im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes einen Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung gem. § 86b Abs. 1 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beim Sozialgericht zu stellen.

Ob die Anordnung erfolgt, entscheidet das Gericht auf Grundlage einer Interessenabwägung, wobei das private Interesse des belasteten Bescheidadressaten an der Aufschiebung der Vollziehung gegen das öffentliche Interesse an einer sofortigen Vollziehung des Verwaltungsaktes abzuwägen ist (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Auflage, § 86b RdNr. 12). Im Rahmen dieser Abwägung ist die Entscheidung des Gesetzgebers zu berücksichtigen, die aufschiebende Wirkung von Anfechtungsklagen gegen Entscheidungen des Beschwerdeausschusses gemäß § 106 Abs. 5 Satz 7 bzw. Abs. 5a Satz 11 SGB V auszuschließen und damit das besondere öffentliche Interesse zu betonen. Angesichts dessen kommt die Anordnung der aufschiebenden Wirkung nur in Betracht, wenn ernsthafte Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Bescheides bestehen oder wenn die Vollziehung des angefochtenen Bescheides zu einer unbilligen Härte für den Antragsteller, insbesondere zur Existenzgefährdung seiner Praxis führen würde.

Literaturverzeichnis

Die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist in § 106 SGB V geregelt und wird durch zahlreiche gesetzliche und untergesetzliche Normen konkretisiert:

- Sozialgesetzbuch I (SGB I)
- Sozialgesetzbuch IV (SGB IV)
- Sozialgesetzbuch V (SGB V)
- Sozialgesetzbuch X (SGB X)
- Sozialgerichtsgesetz (SGG)
- Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung (WiPrüfVO)
- Bundesmantelvertrag (BMV-Ä)
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 92 SGB V wie z. B. die Arznei-, Verband- und Heilmittelrichtlinien, Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Psychotherapie-Richtlinien, Negativliste, OTC-Präparate, Life-style-Arzneimittel und andere
- Prüfvereinbarungen
- Richtgrößenvereinbarungen
- Geschäftsordnung des Beschwerdeausschusses

Die einschlägigen Normen finden Sie im Internet:

- www.gesetze-im-internet.de
- www.g-ba.de
- www.KBV.de

Fragen zur Selbstkontrolle

1. Nennen Sie drei Rechtsgrundlagen, die im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung relevant und zu berücksichtigen sind und definieren Sie das Wirtschaftlichkeitsgebot in der vertragsärztlichen Versorgung!
2. Der Gesetzgeber hat die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes allen Beteiligten zur Pflicht gemacht. Wer sind diese Beteiligten?
3. Nennen Sie beispielhaft zwei Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die das Wirtschaftlichkeitsgebot konkretisieren!
4. Beschreiben Sie die aktuelle Organisation der Wirtschaftlichkeitsprüfung!
5. Auf welche Weise werden Prüfverfahren eingeleitet?
6. Der Gesetzgeber unterscheidet zwischen Auffälligkeitsprüfungen und Zufälligkeitsprüfungen. Nennen Sie jeweils eine Prüfmethode des jeweiligen Bereiches und beschreiben Sie diese!
7. Wie lange rückwirkend können Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt werden? Gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Prüfmethoden?
8. Den Prüfungsgremien stehen bei ihrer Entscheidungsfindung Beurteilungs- und Ermessensspielräume zu. Beschreiben Sie die Unterschiede zwischen Beurteilungs- und Ermessensspielraum!
9. Bei jeder Art der Eingriffsverwaltung hat der Betroffene ein verbrieftes Recht auf rechtliches Gehör. Bedeutet dies, dass der Arzt zwingend persönlich anzuhören ist?
10. Nennen Sie die im Rahmen der Richtgrößenprüfung maßgeblichen Interventionsgrenzen und nennen Sie die aus einer Überschreitung dieser Interventionsgrenzen resultierenden Maßnahmen?
11. Wie viele Vertragsärzte werden pro Quartal einer Stichprobenprüfung unterzogen?
12. Welche Möglichkeit hat die Kassenärztliche Vereinigung oder ein beteiligter Krankenkassenverband, wenn der betroffene Arzt mit dem Beschwerdeausschuss einen Vergleich schließt?

Schlagwortverzeichnis

Schlagwort	Seite
Amtsermittlungsgrundsatz	35, 46
Anhörung	39, 44, 49f.
Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit	26ff.
Auffälligkeitsprüfung	16ff., 33f., 52
aufschiebende Wirkung	43, 46, 49f.
Ausschlussfrist	24, 39ff.
Begründungspflicht	42
Berechnung von Richtgrößen	19
Bescheid	9, 25, 28, 31, 37ff., 47, 50
Beurteilungsspielraum	9, 37f., 47, 52
Datengrundlage	17
eingeschränkte Einzelfallprüfung mit Hochrechnung	16, 32
Einstweiliger Rechtsschutz	5, 50
Einzelfallprüfung	16, 31f.
Ermessensspielraum	9, 37f., 42, 47, 52
G-BA	16
Gerichtskosten	5, 48
Gesamtvergütung	24
Hemmung	39, 40f.
individuelle Richtgröße	21
intellektuelle Prüfung	26
Interventionsgrenze	22, 35, 52
kompensatorische Einsparungen	26, 28
Normativer Schaden	4, 29
Off-Label-Use	30f., 39
offensichtliches Missverhältnis	25ff., 38
Organisation	9, 12, 52
Praxisbesonderheiten	21f., 25f., 28, 36ff., 44
Prüfmaßnahme	38, 41, 45

Prüfmethode	10, 16, 18, 25, 31ff., 41, 52
Prüfungsstelle	12f., 17, 22, 24, 35, 37, 39ff., 49
Rabattverträge	24
rechtliches Gehör	39, 43, 52
Rechtsbehelfsbelehrung	42, 48
Rechtsgrundlage	16, 18, 52
Rechtsweg	9, 46
Reformatio in peius	44
Richtgrößenprüfung	10, 16ff., 22ff., 34f., 52
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	29, 34, 51f.
Sonstiger Schaden	16, 29
Sozialgerichtsverfahren	46, 48
statistische Vergleichsprüfung	16f., 25, 27
Stichprobenprüfung	16, 33, 35, 52
Unwirtschaftlicher Mehraufwand	4, 28f.
Verböserung	44
Vergleich	9, 14, 21, 25f., 28, 46, 52
Vergleichsgruppe	25f., 28f., 38
Vergleichsvereinbarungen	5, 48
Verjährung	39f.
Vertikalvergleich	16, 32f.
Vorabprüfung	22
Widerspruch	24, 32, 42ff., 49
Widerspruchsbescheid	25, 44
Widerspruchsfrist	42f.
Widerspruchsverfahren	13, 39, 43ff.
Wirtschaftlichkeitsgebot	9, 10, 14f., 33ff., 52
Zufälligkeitsprüfung	16f., 33f., 52

Übersicht der bereits erschienenen KBV-Fortbildungshefte

(Stand: August 2014)

- Heft 1 Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände
Autor: Dipl.-Ök. I. Quasdorf
Stand: 2014
- Heft 2 Die gesetzliche Krankenversicherung
Autor: Dipl.-Ök. I. Quasdorf
Stand: 2014
- Heft 3 Einführung in das Vertragsarztrecht
Autor: Ass. jur. B. Berner
Stand: 2014
- Heft 4 Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Ass. jur. B. Hartz
Stand: 2014
- Heft 5 Die Bundesmantelverträge
Autoren: RA Dr. jur. G. Nösser
 Ass. jur. E. Jolitz
Stand: 2009
- Heft 6 Gesamtverträge und Gesamtvergütung
Autor: Dr. rer. soc. Th. Kriedel
Stand: 2012
- Heft 7 Die Datenwelt der vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Dipl.-Kfm. K. Wilkening
Stand: 2007
- Heft 8 Grundbegriffe des Verwaltungsrechts
Autoren: Ass. jur. A. Genzel
Stand: 2014
- Heft 9 Die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und die
Wirtschaftlichkeitsprüfung
Autor: Dipl.-Vwt. S. Freund
Stand: 2013
- Heft 10 Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Richtlinien zur
vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Dr. med. P. Rheinberger
Stand: 2009

- Heft 11 Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung
Autor: Dr. habil. R. Pfandzelter
Stand: 2014
- Heft 12 Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen, Fremdkassenzahlungs-
Ausgleich und Honorarverteilung
Autor: Dipl.-Vwt. D. Bollmann
Stand: 2008