

Ashok Riehm

# Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung in der Arzt-/Zahnarztpraxis

- Grundlagen, Inhalt, Umfang und Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Praxisbesonderheiten
- Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V
- Abrechnungsauffälligkeiten



Kompaktwissen Gesundheitswesen

Ashok Riehm

# **Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung in der Arzt-/Zahnarztpraxis**

- **Grundlagen, Inhalt, Umfang und Durchführung  
der Wirtschaftlichkeitsprüfung**
- **Praxisbesonderheiten**
- **Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V**
- **Abrechnungsauffälligkeiten**

DATEV eG, 90329 Nürnberg (Verlag)

© Lizenzausgabe für die DATEV eG, Ashok Riehm, Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung in der Arzt-/Heilberufler-/Zahnarztpraxis/Apotheke, HDS-Verlag, Weil im Schönbuch, [www.hds-verlag.de](http://www.hds-verlag.de)

Die E-Books können Sie auf allen PCs und mobilen Endgeräten Ihrer Betriebsstätte nutzen, für die Sie diese erworben haben. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht zulässig.

Im Übrigen gelten die Geschäftsbedingungen der DATEV.

Angaben ohne Gewähr

Stand: August 2015

DATEV-Artikelnummer: 19356

E-Mail: [literatur@service.datev.de](mailto:literatur@service.datev.de)

## Editorial

Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen schränken den Heilberufler in seiner originären Behandlertätigkeit zum maximalen Wohle des Patienten ein und führen zu einer Gratwanderung.

Für den Berater ergeben sich hier Anknüpfungspunkte, seinen Mandanten bei einer erfolgreichen und regresslosen Praxisführung zu unterstützen, oder bei einer Abwehr von Regressen beiseite zu stehen.

Die Komplexität des Arztmandats nimmt immer mehr zu. Nicht zuletzt forciert durch die Gesundheitspolitik, die versuchen muss mit einem System von gestern die Zukunft der sinkenden Beitragszahler und älter werdenden Bevölkerung abzubilden.“

Dieses Buch vermittelt einen ersten Einblick in die Tiefe der Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen und soll als Anstoß verstanden werden, sich mit dieser spannenden Materie auseinander zu setzen.

Ich bedanke mich für die Unterstützung bei diesem Werk bei Martina Dreyer und Susann Fechner.

*Berlin, Juli 2015*

*Ashok Riehm*



# Der Inhalt im Überblick

<b>1</b>	<b>Das Wirtschaftlichkeitsgebot</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Die Einordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung</b>	<b>7</b>
2.1	Die Prüfungseinrichtungen	7
2.1.1	Die Prüfungsstelle	7
2.1.2	Der Beschwerdeausschuss	7
2.1.3	Der gerichtliche Instanzenweg	8
2.2	Der Prüfablauf der Wirtschaftlichkeitsprüfung	8
2.3	Die Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung	9
2.3.1	Die Richtgrößenprüfung	10
2.3.2	Die Durchschnittswertprüfung	15
2.3.3	Die Einzelfallprüfung	17
2.3.4	Die Zufälligkeitsprüfung	22
2.4	Checkliste Vorbereitung auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung	25
2.5	Auswirkungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG)	27
2.6	Praxisbesonderheiten	28
2.6.1	Arzneimittel-Praxisbesonderheiten in der Richtgrößenprüfung	30
2.6.2	Wirkstoffliste - Indikationsgebiete Wirkstoffliste	32
2.6.3	Indikationsgebiete als Praxisbesonderheit	39

<b>3</b>	<b>Die Plausibilitätsprüfung</b>	<b>43</b>
3.1	Die Abrechnungsprüfung	44
3.2	Die sachlich-rechnerische Prüfung	44
3.3	Die Plausibilitätsprüfung	47
3.3.1	Auffälligkeiten der Abrechnung zum Zeitaufwand	50
3.3.2	Besonderheit der Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis)	51
3.3.3	Praxisgemeinschaft	51
3.3.4	Angestellte Ärzte	52
3.3.5	Ausübung des Ermessens	52
3.3.6	Begründungen für ein erhöhtes Zeitaufkommen	52
<b>4</b>	<b>Begriffsdefinitionen</b>	<b>53</b>
<b>5</b>	<b>Musterschreiben</b>	<b>56</b>
5.1	Antrag auf Vorabprüfung der Leistungspflicht zur Verordnung des Arzneimittels außerhalb der zugelassenen Indikation (Off-Label-Use)	56
5.2	Berücksichtigung teurer Einzelfälle bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneiverordnung	60

# 1 Das Wirtschaftlichkeitsgebot

---

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist ein wesentlicher Teil des Spannungsfeldes in dem sich die ärztliche Leistungserbringung tagtäglich bewegt. Die Basis des Wirtschaftlichkeitsgebots findet sich insbesondere in § 12 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V).

Demnach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, die Leistungserbringer dürfen diese nicht bewirken und schlussendlich die Krankenkassen nicht bewilligen.

§ 2 SGB V liefert noch eine weitere wichtige Information, wie die ärztlichen Leistungen erbracht werden sollen. Es heißt dort: „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“.

Wird noch abschließend der § 70 SGB V hinzugezogen, findet sich: „Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“.

Diese in der Gesetzgebung genannten Einzelbegriffe sind in sich wenig aussagekräftig und bedürfen einer Konkretisierung:

1. **Ausreichende Leistung:** Dem medizinischen Standard folgend, ohne mit Mängeln behaftet zu sein und objektiv ordentlich.
2. **Zweckmäßige Leistung:** Zweckdienlich, zweckentsprechend und subjektiv dazu geeignet, das gesetzte Behandlungsziel zu erreichen.
3. **Notwendige Leistung:** Im modernen Sprachjargon auch als „alternativlos“ zu bezeichnen. Die Leistung muss erforderlich, unvermeidlich, zwangsläufig und unentbehrlich sein.



4. Fachlich gebotene Qualität: Dem aktuellem fachlichen Standard der Behandlungserbringung folgend.
5. Wirtschaftliche Erbringung: Behandlung unter Abwägung von Kostenaspekten.

Während die ersten vier Punkte in der Praxis noch einleuchten und lebbar erscheinen, wirft der Punkt „wirtschaftliche Erbringung“ tief gehende Probleme auf. Hier wird vom Vertragsarzt gefordert, in jedem Einzelfall abzuwägen, ob eine Behandlung auch unter Kostenaspekten Sinn macht, oder ob es nicht eine günstigere Alternative gäbe. Das führt in der Regel zu ethischen Konflikten in der Berufsausübung. Denkt man im Extremfall z. B. über End-Stage Versorgungen bei Krebspatienten nach, so stellt sich schnell die Frage, ob 6 Monate Leben eine bestimmte Summe in Euro wert ist, bzw. wie viele Euro.

In der Praxis finden sich häufig Konflikte bei der Verordnung von Arzneimitteln. Hier greift unter anderem die Arzneimittelrichtlinie (AMR) nach § 92 SGB V. Diese Richtlinie hat verbindlichen Charakter, sodass ihre Kenntnis für den Vertragsarzt unabdingbar ist. Dies gilt ebenso für die Heilmittel-Richtlinie, die nun gar keine Abweichungen zulässt. Dies bedeutet natürlich auch, dass es zu Abweichungen von der Arzneimittelrichtlinie kommen darf. Ausschlaggebend ist hier aber eine genaue Dokumentation und Begründung, warum die Abweichung unabdingbar ist.

### ► **Praxistipp**

Dem Heilberufeberater eröffnet sich hier ein neues Dienstleistungsspektrum, wenn er seine ärztlichen Mandate dabei unterstützt, prüfungssichere Dokumentationen zu erstellen. Hierbei geht es in erster Linie darum, eine Organisationsstruktur zu schaffen, mit der aus der Krankengeschichte des Patienten heraus belegt werden kann, warum die Abweichung notwendig war.

# 2 Die Einordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

---

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist in § 106 Abs. 3 SGB V normiert. Demnach schließen die Landesverbände der Krankenkassen mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder eine Prüfvereinbarung. Diese Prüfvereinbarung ist zwingend einzuhalten. Sie beinhaltet klare Regelungen für die Einrichtung und Organisation der Prüfungseinrichtungen, den Ablauf der Prüfverfahren und der verschiedenen Prüfarten.

## 2.1 Die Prüfungseinrichtungen

### 2.1.1 Die Prüfungsstelle

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wird mehrinstanzlich durchgeführt. Erste Instanz ist die eigenständig agierende Prüfungsstelle, die von dem Landesverband der Krankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung zusammen aufgestellt und ausgestattet wird. Die Prüfungsstelle erhebt Daten, stellt Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot fest und entscheidet gleichsam über zu treffenden Maßnahmen.

### 2.1.2 Der Beschwerdeausschuss

Von dem Prüfverfahren sind alle drei Hauptakteure des Gesundheitssystems betroffen und beteiligt. Daher steht es dem Vertragsarzt, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkasse offen, gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle vorzugehen und Widerspruch einzulegen. Der Widerspruch muss innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe (→§ 80b VwGO; § 77 SGG gesetzliche Frist für den Rechtsbehelf gegen einen Verwaltungsakt, der wenn er nicht oder erfolglos eingelegt wird, für die Beteiligten in der Sache bindend wird, soweit durch das Gesetz nichts anderes bestimmt ist) des Prüfbescheids bei der Prüfungsstelle schriftlich oder zur Niederschrift eingereicht erfolgen. und stichhaltig begründet werden. Über diesen Widerspruch hat dann der Beschwerdeausschuss Beschwerdeausschuss nach mündlicher Verhandlung, zu der

die am Verfahren Beteiligten, also auch der betreffende Arzt, geladen werden, zu entscheiden. Über die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses werden Bescheide erteilt. Der Beschwerdeausschuss ist mit Vertretern der Kassen und der Kassenärztlichen Vereinigung paritätisch besetzt. Hinzu kommt ein unabhängiger Vorsitzender, dessen Stimme im Zweifelsfall den Ausschlag gibt.

### 2.1.3 Der gerichtliche Instanzenweg

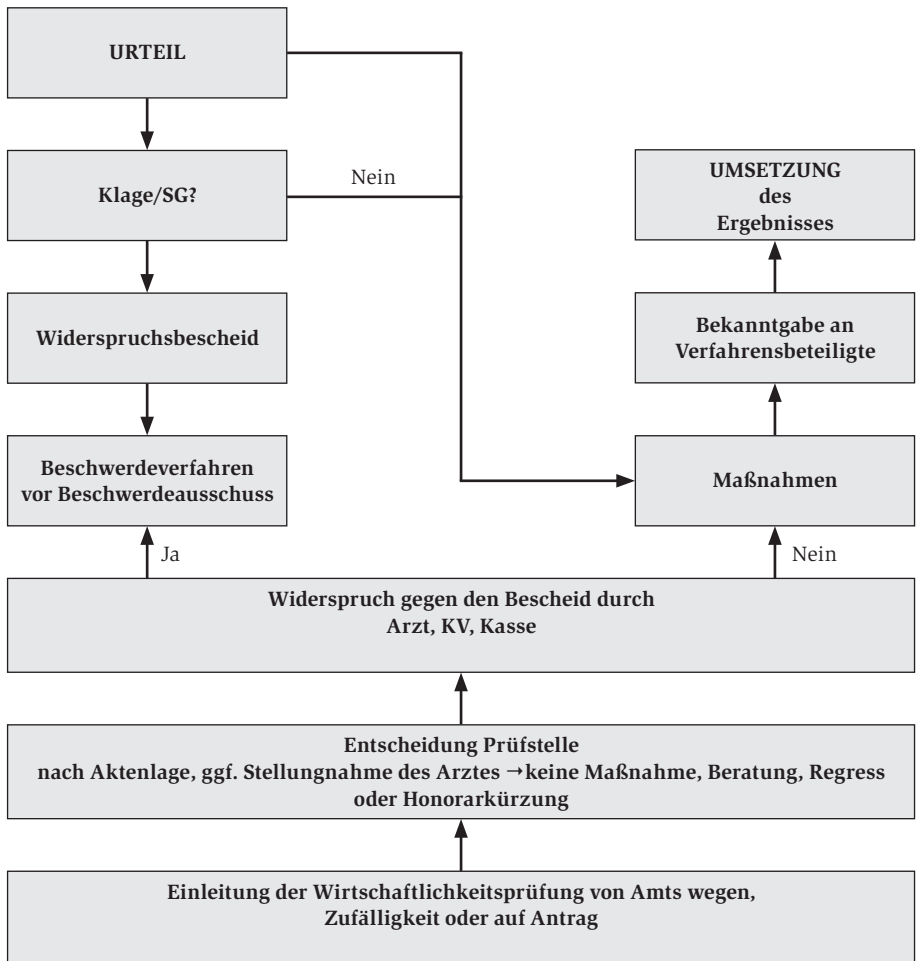
Führt der Widerspruchsbescheid des Beschwerdeausschusses für eine der beteiligten Parteien zu keinem befriedigenden Ergebnis, so bleibt der Gang in die gerichtlichen Instanzen vor dem Sozialgericht dem Landessozialgericht, oder dem Bundessozialgericht, die der Reihe nach in Anspruch genommen werden können.

#### ► Praxistipp

Dabei ist zu beachten, dass nur vor dem Sozialgericht und dem Landessozialgericht eine vollständige Prüfung der Sach- und Rechtslage vorgenommen wird und die Gerichte lediglich ein eingeschränktes Prüfungsrecht haben. Die Aussichten einer Klage sind vor Anrufung der nächsten Instanz sorgfältig zu prüfen, da hierdurch zusätzliche Kosten entstehen.

## 2.2 Der Prüfablauf der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Der Ablauf der Prüfung findet bei der Prüfungsstelle nach erster Aktenslage ggf. unter Anforderung einer Stellungnahme des Arztes statt.



### 2.3 Die Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 SGB V umfasst die Überprüfung der ärztlich erbrachten und ärztlich verordneten Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina gemäß § 84 SGB V. Diese Auffälligkeitsprüfung zielt aber in erster Linie auf die ärztlichen Verordnungen ab. Im Rahmen der Zufälligkeitsprüfung, der mindestens 2 % der Ärzte pro Quartal unterzogen werden, wird nicht nur die ärztliche Verordnungsweise, sondern auch die Behandlungsweise überprüft.

### **Prinzipiell sind folgende Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung möglich:**

- Richtgrößenprüfung von Amts wegen ab 15 % bzw. 25 % Überschreitung des Richtgrößenvolumens nach § 84 SGB V im Arzneimittelbereich und Heilmittelbereich.
- Stichprobenprüfung/Zufälligkeitsprüfung und von Amts wegen. Überprüft werden mindestens 2 % der Ärzte je Quartal hinsichtlich ihrer ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Der Umfang erstreckt sich auf Honorarabrechnung, Arzneimittelverordnungen, Heilmittelverordnungen, Krankenhauseinweisungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und andere veranlasste Leistungen. Basis sind versichertenbezogene und arztbezogene Daten.
- Von Amts wegen kann als Ersatz für die Richtgrößenprüfung ebenfalls die statistische Durchschnittsprüfung erfolgen.
- Auf Antrag erfolgen Einzelfallprüfungen.

### **2.3.1 Die Richtgrößenprüfung**

Die Richtgrößenprüfung ist ein mächtiges Prüfverfahren, das die Verordnungen des Vertragsarztes hinsichtlich Arzneimittel und Heilmittel umfasst. Dabei werden der Sprechstundenbedarf und Verbandmittel hinzugerechnet, in der Regel die Impfstoffe und die anerkannten Praxisbesonderheiten außen vor gelassen.

Dabei ist die Richtgröße als fallbezogener Geldbetrag zu sehen, der Ärzten einer Fachgruppe durchschnittlich zur Verfügung steht, um eine bestimmte Versichertengruppe zu versorgen. Die Versichertengruppen unterscheiden sich in Mitglieder nebst Familienangehörige und Rentner.

Die Ermittlung der Richtgröße erfolgt dabei rekursiv. Dabei wird die festgelegte Gesamtheit, die sogenannte Richtgrößensumme anhand des bisherigen Verordnungsvolumens anteilmäßig auf einzelne Fachgruppen (Urologie, Allgemein, etc.) verteilt. Sodann wird innerhalb der jeweiligen Arztgruppe auf die Versichertengruppen Mitglieder/Familienangehörige und Rentner aufgeteilt. Dieser Anteil pro Versichertengruppe wird in der Folge durch die Anzahl der Fallzahlen geteilt und ergibt die entsprechende Richtgröße pro Versichertengruppe.

Wird nun die Anzahl der Behandlungsfälle aus der Abrechnung mit der Richtgröße multipliziert, ergibt sich das Richtgrößenvolumen. Im Vergleich zwischen Richtgrößenvolumen und dem Volumen der Ausgaben des Vertragsarztes entscheidet sich, ob eine genaue Richtgrößenprüfung angezeigt ist.

Möglich wird dieser Vergleich dadurch, dass nach Ablauf des Kalenderjahres die Krankenkasse der Prüfstelle die notwendigen Verordnungsdaten der Vertragsärzte liefert. Die zuständige KV steuert von sich aus Behandlungsfälle kurativ-ambulanter Art bei. Der Prüfungsstelle obliegt es, diese Daten zusammenzuführen, um offensichtliche Fehler zu bereinigen und auch Praxisbesonderheiten herauszurechnen.

### **Der Datensatz der Prüfungsstelle enthält folgende Angaben:**

- Krankenkasse,
- Versichertenstatus (Mitglieder/Familienangehörige oder Rentner),
- Verordnungsdatum,
- Leistung (bei Arzneimitteln die Pharmazentralnummer, bei Heilmitteln den Heilmittelschlüssel),
- Anzahl der verordneten Leistungen (Anzahl der Packungen bei Arzneimitteln, Anzahl der Behandlungseinheiten bei Heilmitteln),
- Summe der Kosten der Verordnung (sowohl Brutto-, als auch Nettokosten).

#### **① Hinweis**

Die Prüfungsstelle erstellt den Datensatz im gängigen Microsoft Excel Format. Der Datensatz sollte unbedingt bei der Prüfungsstelle angefordert werden, um ihn mit der eigenen Praxissoftware zu vergleichen. Dies ist die bewährteste Vorgehensweise, um eine eigene Kontrolle und Aufbereitung vornehmen zu können.

## 2 Die Einordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

---

Der Gesetzgeber hat dabei klare Kriterien aufgestellt, so soll es erst ab einer Überschreitung von 15 % zu einer Richtgrößenprüfung kommen und es dürfen maximal 5 % der Vertragsärzte einer Fachgruppe einbezogen werden. Ebenfalls müssen gesetzlich normiert die Richtgrößenprüfungen innerhalb von 2 Jahren abgeschlossen sein (2-Jahres-Ausschlussfrist).

Dabei löst eine Überschreitung bis zu 15 % der Richtgröße kein Prüfungsverfahren aus. In der Bandbreite zwischen 15 % und 25 % Überschreitung ist das sogenannte Beratungsgespräch vorgesehen. Ab einer Überschreitung von mehr als 25 % ist der den Kassen entstandene Mehraufwand zu erstatten (Regress), sofern der Vertragsarzt nicht weitere Praxisbesonderheiten anführen kann (§ 106 Abs. 5a S. 1, 3 SGB V). Dabei gibt es auch die Möglichkeit, mit der Prüfungsstelle einen Vergleich abzuschließen. Der Regressbetrag kann dann um bis zu 20 % gesenkt werden. Der Vergleich ist aber nur dann anzuraten, wenn die Schuldfrage des Arztes unstrittig ist und eben keine weiteren Praxisbesonderheiten angeführt werden können, oder aber das von der Prüfungsstelle aufbereitete Datenmaterial angezweifelt werden kann. In der Praxis eher selten genutzt, kann auch eine arztindividuelle Richtgröße vereinbart werden, in der alle Praxisbesonderheiten berücksichtigt werden. Allerdings ist diese individuelle Richtgrößenvereinbarung ein zweiseitiges Schwert. Denn gleichzeitig wird der Vertragsarzt vertraglich verpflichtet, bei einer Überschreitung dieser individuellen Richtgröße, den überschießenden Betrag den Kassen zu erstatten. Er unterwirft sich damit einer automatisierten Regressierung, ohne echte Steuerungsmöglichkeiten, wenn es zu veränderten Rahmenbedingungen käme.

Auffällige Praxen werden im ersten Schritt im Rahmen einer Vorauswahl unter Beteiligung der Kassen, der KV und der Prüfungsstelle ermittelt. Ist über diesen Pool an Praxen ein Konsens erzielt worden, wählt die Prüfungsstelle die zu prüfenden Praxen daraus aus. Zu diesem Zeitpunkt erfährt der Praxisinhaber erstmals, dass eine Richtgrößenprüfung bei ihm eingeleitet wird, gleichzeitig wird er zur Stellungnahme aufgefordert.

Das Verfahren sollte dann anhand folgender Checkliste für die Richtgrößenprüfung bearbeitet werden.

<b>Checkliste</b>	<b>Geprüft</b>
<b>Richtgrößenprüfung</b>	<b>Ja/Nein</b>
Im Prüfverfahren unbedingt Stellung nehmen!	
Beim Eingang des Prüfantrages der Prüfungsstelle sofort mitteilen, dass eine „ausführliche Stellungnahme“ folgt, wenn die gesetzte Frist nicht eingehalten werden kann. Damit gewinnt der Arzt und dessen Berater Zeit, sich mit der Situation professionell auseinanderzusetzen.	
Mit dem Prüfantrag gelieferte Daten-CD auf Vollständigkeit prüfen. Falls diese Daten fehlen, müssen sie von der Prüfungsstelle angefordert werden.	
Stimmt die Gesamtverordnungssumme mit anderen Statistiken überein (eigener PC, Frühinfo, ...)?	
Stammen alle Verordnungen von der Arztpraxis (häufig Fehlbuchungen)?	
Stammen die Verordnungen aus dem zu prüfenden Kalenderjahr?	
Sind Privatrezepte oder Verordnungen aus integrierter Versorgung/Selektivverträgen zu Unrecht hineingerechnet?	
Hat der Apotheker im Rahmen der geltenden Bestimmungen das abgegeben, was der Arzt verordnet hat?	
Stimmen die Fallzahlen mit denen der KV-Abrechnung überein?	
Sind auf den Rezepten möglicherweise auch Hilfsmittel oder Impfstoffe verordnet worden, die nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung sind? Diese sind herauszurechnen!	
Sind aus der Verordnungssumme die Praxisbesonderheiten nach Anlage 2 der Prüfvereinbarung vor der Prüfung vollständig beziehungsweise anteilmäßig herausgerechnet worden?	



## 2 Die Einordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

<b>Checkliste</b> <b>Richtgrößenprüfung</b>	<b>Geprüft</b> <b>Ja/Nein</b>
<p>Analysieren Sie das Patientengut hinsichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Altersverteilung (hoher Rentneranteil, freiwillig Versicherte im Rentenalter),</li> <li>■ Problemfälle (Patienten mit besonders kostenintensiver Therapie),</li> <li>■ besondere, für die Fachgruppe nicht typische Krankheitsbilder – Spezialausrichtung,</li> <li>■ Fremdfälle durch Ausfall von Ärzten.</li> </ul>	
<p>Gibt es sonstige Praxisbesonderheiten (außerhalb der 99iger Nummern)?:</p> <p>hohe Kosten bei der Therapie von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Migräne,</li> <li>■ Osteoporose,</li> <li>■ Asthma,</li> <li>■ enteraler Ernährung außer PEG,</li> <li>■ Thromboseprophylaxe,</li> <li>■ spezielle Rheumatherapie unter Angabe der Verordnungssummen pro Arzneimittelgruppe mit beispielhaften Fällen.</li> </ul>	
<p>Prüfen Sie den Prüfbescheid darauf, ob:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die 2-Jahres-Frist eingehalten wurde,</li> <li>■ die dort ausgeführten Berechnungen in sich schlüssig und widerspruchsfrei sind,</li> <li>■ die behaupteten Einsparpotenziale durch Generika-Verordnungen zum Zeitpunkt der Verordnung tatsächlich möglich waren.</li> </ul>	
<p>Kompensationsmöglichkeiten angeben (besonders wichtig, wenn der Fall vor dem Sozialgericht landet).</p>	

### 2.3.2 Die Durchschnittswertprüfung

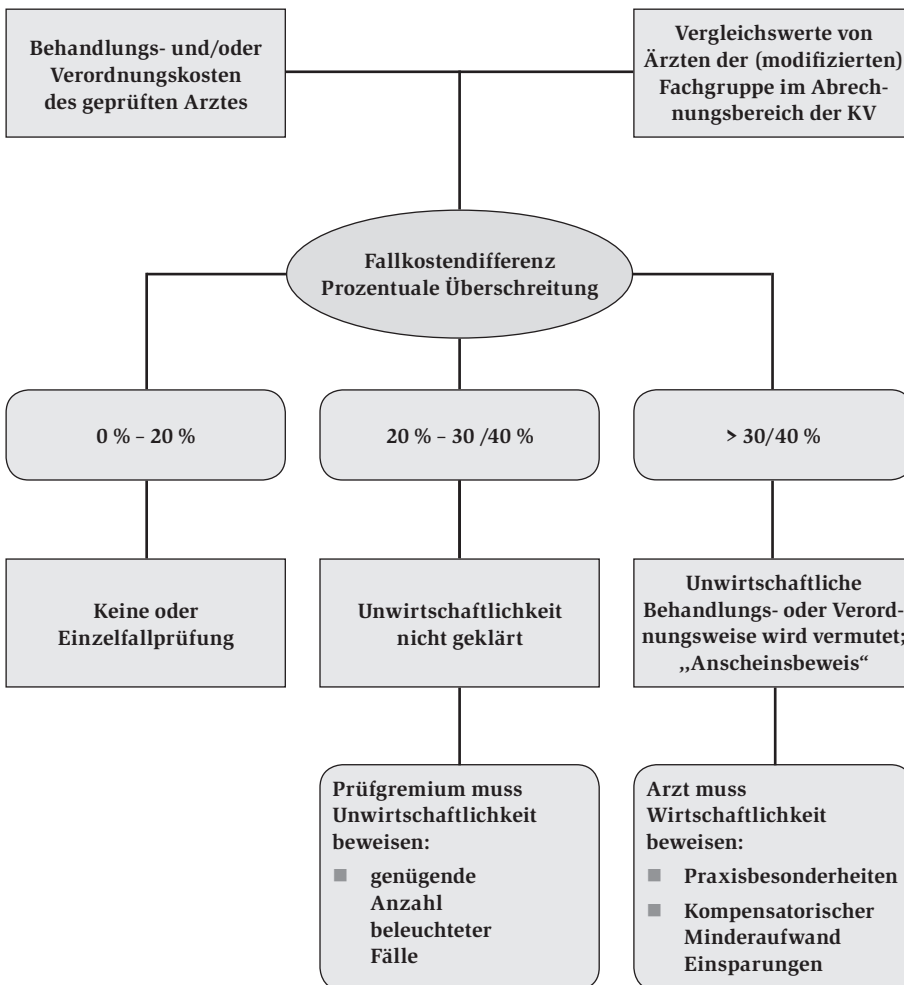
Bis zum Jahr 2003 war die Prüfung nach Durchschnittswerten eine der definierten „Muss-Prüfungsarten“. Seitdem ist sie eine „Kann-Prüfungsart“, die zwischen den Vertragspartnern in der jeweiligen Prüfungsordnung vereinbart werden kann.

In der Regel wird die Prüfung nach statistischen Durchschnittswerten quartalsweise durchgeführt. Dabei wird angenommen, dass innerhalb der Fachgruppe vergleichbare Patienten behandelt werden, sodass von der durchschnittlichen Leistungserbringung Rückschlüsse auf die Wirtschaftlichkeit des zu betrachtenden Vertragsarztes gezogen werden kann. Im Grunde soll ein Vergleich vorgenommen werden, ohne sich den Aufwand zu machen, konkrete und detaillierte Einzelbetrachtungen vornehmen zu müssen. Diese Methode bietet Anlass zur Kritik, da sie bei strenger Anwendung nur ungenau ist und allerhöchstens Indizien für eine anzunehmende Unwirtschaftlichkeit liefern kann. Daher ist es auch vorgesehen, dass neben einer rein statistischen Prüfung schon im ersten Schritt eine intellektuelle Prüfung zu erfolgen hat. Damit ist gemeint, dass gleich zu Beginn Praxisbesonderheiten und besondere Behandlungsweisen berücksichtigt werden sollen.

Daher wird bei der Prüfung nach statistischen Durchschnittswerten mit einer recht breiten Range der Streuung gearbeitet. Die normale Streubreite wird bei einer Überschreitung von 20-30 % des Fachgruppendurchschnitts gesehen. Der Bereich jenseits der 30 % bis 50 % Überschreitung wird als Übergangszone gesehen. Innerhalb der Übergangszone kann nur dann von einer gesicherten Unwirtschaftlichkeit durch die Prüfungsstelle gesprochen werden, wenn die Prüfungsstelle zusätzlich eine höhere Anzahl an Einzelfällen ausgewertet hat, die geeignet sind, die Unwirtschaftlichkeit zu belegen. Das bedeutet, die Prüfungsstelle ist in der Pflicht, dem Vertragsarzt die Unwirtschaftlichkeit nachweisen zu müssen. Diese Beweislast kehrt sich allerdings ab einer Überschreitung von mehr als 50 % um. Bei einer Überschreitung dieser Größenordnung handelt es sich um ein offensichtliches Missverhältnis. Der betroffene Vertragsarzt kann hier nur noch durch akribische Dokumentation und fundierter Stellungnahme einschließlich weiterer Praxisbesonderheiten einen Regress abwenden.

## 2 Die Einordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Es bleibt aber zu beachten, dass der Begriff offensichtliches Missverhältnis nur ein unbestimmter Rechtsbegriff ist. Gleichzeitig sind die prozentualen Angaben nur Richtwerte, die durchaus schwanken können. Hierfür ausschlaggebend ist die Zusammensetzung der zum Vergleich gebildeten Fachgruppe. Je größer die Vergleichsgruppe ist und je homogener diese zusammengesetzt ist, desto niedriger kann nach Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) die Schranke gesetzt werden.



### 2.3.3 Die Einzelfallprüfung

#### 2.3.3.1 Allgemeines

Nur auf Antrag eines der Vertragspartner auf Landesebene kann es zur Einleitung eines Verfahrens der Einzelprüfung eines Vertragsarztes kommen. Dabei bedarf es schon im Vorfeld einer umfassenden Begründung des Antragstellers, warum die einzelnen erbrachten Leistungen und Verordnungen eines Vertragsarztes einer Einzelprüfung unterzogen werden sollen. Der Antragsteller ist verpflichtet:

- neben der Begründung auch
- den Prüfungsgegenstand,
- den Prüfungszeitraum und
- die dem Antrag zugrunde liegenden Daten genau zu benennen.

Bei der Überprüfung der erbrachten ärztlichen Leistungen besteht die große Hürde darin, dass die ärztliche Dokumentation Gegenstand der Prüfung ist. Damit kommt ihr nur sehr eingeschränkte Beweiskraft zu. Dies führt dazu, dass eigentlich gesonderte Untersuchungen des Patienten, objektivierte Befundungen und bildgebende Verfahren herangezogen werden müssen, um eine Überprüfung zu gewährleisten. Dabei hat die jeweilige Prüfungsstelle keinen Ermessensspielraum, um eine ärztliche Leistung als **wirtschaftlich** oder **unwirtschaftlich** einzustufen. In der Praxis führt dies dazu, dass die Einzelfallprüfung von ärztlichen Leistungserbringungen keine Relevanz hat, da im strittigen Fall das angerufene Sozialgericht über jeden Einzelfall zu entscheiden hat.

Ein gänzlich anderes Bild ergibt sich bei der Überprüfung der vertragsärztlichen Verordnungen. Da den Krankenkassen in erster Linie nur die Rezepte der gesetzlich Krankenversicherten vorliegen sowie die Patienten- bzw. Behandlungsdaten, neigen diese dazu, in einem überzogenen Maße, pauschal die vertragsärztliche Verordnung als unwirtschaftlich zu bezweifeln.

### **Auslöser ist dabei häufig:**

- Verordnung von Originalpräparaten und/oder Analogpräparaten statt Generika,
- Off-Label Verordnungen, d. h. Verordnungen außerhalb der Zulassung des Arzneimittels,
- Vermeintliche Verstöße gegen die Arzneimittelrichtlinie,
- Vermeintliche Verstöße gegen die Heilmittelrichtlinie.

#### **① Hinweis**

Da die höchstrichterliche Rechtsprechung dieser Verfahrensweise leider noch keinen Riegel vorgeschoben hat, bleibt es an dem Vertragsarzt bzw. dessen Berater anhand dessen Patientendokumentation zu beweisen, dass die Verordnung nicht unwirtschaftlich war. Dies gilt für jeden beanstandeten Einzelfall. Klassischer Fall ist die Verschreibung eines Originalpräparats anstelle eines Generikas. Hier muss aus der Dokumentation schon hervorgehen, warum dieses Mittel dem Generika in eben diesem Einzelfall überlegen und daher notwendig und wirtschaftlich in der Verschreibung gewesen ist.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass bei Arzneimittelverordnungen häufig auf folgende Sachverhalte abgestellt wird:

- Überschreitung von Dosierungen bei Asthma Sprays,
- Life-Style Mittel,
- Nicht verschreibungspflichtige Mittel ohne Ausnahmeindikation,
- Schlafmittel und Tranquilizer über längere Zeiträume,
- Arzneimittel bei geringfügigen Erkältungskrankheiten,
- Verschreibungspflichtige Arzneimittel, für die auch nicht verschreibungspflichtige Alternativen existieren, die genauso zweckmäßig sind,

- Verordnungen von Rezepturen, für die es auch Fertigarzneimittel gibt,
- Verordnung von Blutzuckerteststreifen, ohne dass es eine Insulintherapie gibt.

Bei vermeintlichen Verstößen gegen die Heilmittelrichtlinie sollte immer überprüft werden, ob der Heilmitteltherapeut seiner Prüfungsfunktion gerecht geworden ist und überhaupt die Leistung hätte erbringen dürfen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts<sup>1</sup> dürfen Heilmitteltherapeuten vertragsärztliche Verordnungen nur umsetzen, wenn diese Verordnungen alle für eine notwendige und wirtschaftliche Heilmitteltherapie ärztlichen Angaben enthält. Nur wenn der Heilmitteltherapeut diese Voraussetzungen einer Positivprüfung unterzieht, erlangt er auch selber einen Vergütungsanspruch gegenüber den Krankenkassen. Wird also dem Vertragsarzt im Rahmen der Einzelfallprüfung der Vorwurf gemacht, er hätte unwirtschaftlich gehandelt und gegen die Heilmittelrichtlinie verstoßen, so sollte als erstes überprüft werden, ob der Heilmitteltherapeut dies hätte erkennen müssen. Denn dann hätte er die Leistung nicht ausführen dürfen. Die Folge wäre, dass der Regress dem Vertragsarzt gegenüber unangebracht wäre.

Für den Prüfbereich der Verordnungen ist ebenfalls zu beachten, dass seit 2008 die Möglichkeit des Widerspruchs für den Vertragsarzt nicht mehr besteht. Nach § 106 Abs. 5 Satz 8 SGB V entfällt im Rahmen der Einzelfallprüfung wegen unzulässiger Verordnungen das Widerspruchsverfahren, sofern nicht eine inhaltliche Prüfung erforderlich ist (z. B. bei Regress wegen unzulässigem Off-Label-Use). Hält ein Arzt den von der Prüfungsstelle festgesetzten Regress für unberechtigt, muss er unmittelbar Klage vor dem Sozialgericht erheben, wobei für diese Klage kein Anwaltszwang besteht.

---

<sup>1</sup> BSG, Urteil vom 13.09.2011, B 1 KR 23/10 R, BSGE 109, 116

**2.3.3.2 Checkliste rationale Arzneimittelverordnung**

<b>Checkliste</b> <b>Rationale Arzneimittelverordnung</b>	<b>Geprüft</b> <b>Ja/Nein</b>
<p>Liegen <b>nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel</b> nach § 34 Abs. 1 SGB V vor, die nicht auf Kassenrezept ausgestellt werden können? Folge: Kein Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Eine Ausnahme gilt nur für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,</li> <li>■ Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen,</li> <li>■ Einschränkungen für Kinder und Jugendliche beachten,</li> <li>■ OTC-Ausnahme-Liste oder Satzungsleistung der jeweiligen Krankenkasse.</li> </ul> <p>→ Schriftliche Begründung</p>	
<p><b>Ausschluss verschreibungspflichtiger Arzneimittel</b> nach § 34 Abs. 1 SGB V beachten: Nicht verordnungsfähig für Versicherte über dem 18. Lebensjahr sind folgende Medikamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Arzneimittel bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten,</li> <li>■ Mund- und Rachentherapeutika,</li> <li>■ Abführmittel,</li> <li>■ Arzneimittel gegen Reisekrankheit.</li> </ul> <p>→ Arztgestützte Selbstmedikation</p>	

<b>Checkliste</b> <b>Rationale Arzneimittelverordnung</b>	<b>Geprüft</b> <b>Ja/Nein</b>
<p>Keine Verordnung von <b>Arzneimitteln zur Erhöhung der Lebensqualität mit der Folge</b>, dass kein Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln besteht bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Behandlung der erektilen Dysfunktion,</li> <li>■ Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz,</li> <li>■ Raucherentwöhnung,</li> <li>■ Abmagerung,</li> <li>■ Zügelung des Appetits,</li> <li>■ Regulierung des Körpergewichts,</li> <li>■ Verbesserung des Haarwuchses.</li> </ul> <p>→ Im Einzelnen geregelt: Arzneimittelrichtlinien</p>	
<p><b>Vorzug nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel:</b>            Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind zulasten des Versicherten zu verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind.</p> <p>→ In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein.</p>	
<p><b>Negativliste nach § 34 Abs. 3 SGB V</b></p>	
<p>Arzneimittelrichtlinien strikt beachten, denn eine nicht zugelassene Abweichung führt zum Regress:            Es ist unbedingt eine exakte Dokumentation bei der Verordnung erforderlich.</p>	
<p><b>Therapiehinweise</b> nach Anlage IV der Arzneimittelrichtlinien beachten.</p>	
<p>Exakte <b>Diagnostik</b>, gezielte <b>Therapie</b> und lückenlose Dokumentation beachten.</p>	



Checkliste Rationale Arzneimittelverordnung	Geprüft Ja/Nein
Verordnung von <b>Generika</b> schützt nicht vor Regress (auch Generika-Verordnungen können unwirtschaftlich sein).	
<b>Wunschverordnungen</b> strikt vermeiden. → arztgestützte Selbstmedikation oder Verordnung auf Privatrezept. (Vermerk: nicht zur Erstattung durch die GKV)	
Überprüfung des <b>Sprechstundenbedarfs</b> . → Preisunterschiede bei qualitativ vergleichbaren Verbandstoffen je nach Hersteller bzw. Bezugsquelle beachten.	
<b>Vorverordnungen</b> durch den Krankenhausarzt überprüfen	
<b>Praxisbesonderheiten</b> dokumentieren (außerhalb der 99er Nummern)	
Medizinisch indizierter <b>Off-Label-Use</b> : Vorher die Genehmigung der Krankenkasse einholen.	

### 2.3.4 Die Zufälligkeitsprüfung

Als Ergänzung zur Richtgrößenprüfung ist vorgesehen, dass quartalsweise Stichproben gezogen werden, um die wirtschaftliche Handlungsweise der Vertragsärzte zu überprüfen. Gegenstand der Prüfung ist dabei immer das Quartal der Stichprobe und die drei Vorquartale. Rechtlich gefasst ist die Zufälligkeitsprüfung in § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und wird in den Richtlinien über die Zufälligkeitsprüfung mit einem verbindlichen Rahmen ausgestattet. Ziel der Richtlinie ist es, rechtssichere Grundlagen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Vertragsärzte und Psychotherapeuten, den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen zu schaffen.

### **Die Zufälligkeitsprüfung ist nur statthaft, wenn der Vertragsarzt oder Psychotherapeut:**

- Im Prüfzeitraum 4 Quartale tätig war.
- Im Prüfzeitraum mindestens 100 Behandlungsfälle pro Quartal abgerechnet hat. Bei Psychotherapeuten sowohl ärztlicher als auch psychologischer Natur sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten müssen mindestens 10 Behandlungsfälle abgerechnet sein.
- Nicht schon der Richtgrößenprüfung oder der Prüfung nach statistischen Durchschnittswerten im Prüfzeitraum unterliegt.

### **Interessant sind die nach der Richtlinie vorgesehenen Prüfungskriterien, die nach Verfügbarkeit ausgewertet werden können:**

- Häufigkeit der abgerechneten GO-Ziffern je Behandlungsfall im Zusammenhang mit festzulegenden Diagnosen oder Diagnosegruppen bei einem Leistungserbringer (Vertragsarzt/Psychotherapeut) der Stichprobe und ggf. bei dem Durchschnitt.
- Zahl/Anteil von Abrechnungsfällen mit alleiniger Abrechnung der Ordinationsgebühr.
- Zahl/Anteil von Abrechnungsfällen mit alleiniger Abrechnung der Ordinationsgebühr über mehrere Quartale.
- Diagnosen mit alleiniger Abrechnung der Ordinationsgebühr.
- Anzahl und Anteil der Behandlungsfälle, die quartalsüberschreitend abgerechnet werden, an den gesamten Behandlungsfällen eines Leistungserbringers oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung.
- Anteil der Behandlungsfälle mit veranlasster Krankenhauseinweisung.
- Anteil der Kurzlieger, Diagnosen der Behandlungsfälle mit veranlasster Krankenhauseinweisung.
- Ambulante Behandlungsdokumentationen der Kurzliegerfälle.

## 2 Die Einordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

---

- Anteil der Behandlungsfallzahl mit veranlasster Überweisung im Vertragsarztbereich.
- Anzahl und Anteil der Behandlungsfälle, denen eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wird, an allen Behandlungsfällen und die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit je Behandlungsfall.
- Arzneimittelverschreibungen unter Berücksichtigung der Versicherten- und Versorgungsstruktur sowie der jeweiligen Arztgruppe in der Region und nach Wirkstoffgruppen.

### **Als weitere Kriterien können bei Verfügbarkeit der Daten gemäß § 297 Abs. 2 und 3 SGB V noch in Betracht kommen:**

- Die Vollständigkeit der Behandlungsdokumentation gemäß EBM.
- Die Diagnose bzw. Diagnosegruppe in Bezug auf abgerechnete erbrachte und veranlasste Leistungen sowie die Häufigkeit von Multimorbiditäten.
- Spektrum und Häufigkeit der abgerechneten Leistungen:
  - Medizinisch-technische Leistungen (MRT, CT),
  - Leistungen, die außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten erbracht worden sind (unvorhergesehene Inanspruchnahme, Notfalldienste),
  - Gesprächs-, Beratungs- und Erörterungsleistungen,
  - Bei Psychotherapeuten das Verhältnis von probatorischen zu Leistungen der Richtlinienpsychotherapie.
- Behandlungs- und kostenintensive Fälle.

## 2.4 Checkliste Vorbereitung auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung

<b>Checkliste</b> <b>Vorbereitung auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung</b>	<b>Geprüft</b> <b>Ja/Nein</b>
<b>Fristen</b>	
Ist die Frist von zwei Jahren (Richtgrößenprüfung) bzw. von vier Jahren (alle anderen Prüfarten) zwischen Abschluss des geprüften Verordnungszeitraumes und Erlass eines Prüfbescheides eingehalten?	
Wurde die Frist zur Stellungnahme (zwei Monate) oder Widerspruchsfrist/Klagefrist (ein Monat) eingehalten?	
<b>Datenplausibilität</b>	
Sind die im Prüfverfahren vorgelegten Daten plausibel und vollständig (Vergleich mit eigener Dokumentation, Frühinfo)?	
Stimmt die Größenordnung mit den Vorjahren überein?	
<b>Eigenvergleich</b>	
Bei der quartalsbezogenen Durchschnittswertprüfung: Vergleich der KV-Unterlagen des betreffenden Quartals mit drei Vorquartalen und zwei Folgequartalen (Trend erkennbar?)	
<b>Besondere Patientengruppen/Praxisbesonderheiten</b>	
Wurden die Praxisbesonderheiten nach Anlage 2 Prüfvereinbarung aus dem Verordnungsvolumen herausgerechnet? Wurden diese in vollem Umfang oder nur anteilig berücksichtigt?	
Unterscheidet sich das Patienten Klientel von dem der Fachgruppe, Anzahl besonders kostenintensiver Patienten bekannt?	

## 2 Die Einordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

---

<b>Checkliste</b> <b>Vorbereitung auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung</b>	<b>Geprüft</b> <b>Ja/Nein</b>
Medikation der besonders teuren Patienten bekannt? Selbst veranlasst? Von Facharzt oder Klinik veranlasst? Vorgeschichte?	
Altersstruktur der Rentner bekannt?	
Begründbare Besonderheiten in der Verordnung? Zum Beispiel Individualrezepturen statt Fertigarzneimittel, Einzeldosen statt Mehrfachentnahme, Injektionen statt orale Applikationen	
Besondere Qualifikationen des Arztes rechtfertigt hohe Zahl von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern (Schmerztherapie, Rheuma, Onkologie), Ermittlung soweit keine Richtgröße/Vergleichsgruppe existiert	
Gibt es Patienten mit extrem seltenen Erkrankungen (seltene Infektionen, Wachstumsstörungen, Immundefekt...)?	
Schwerpunktpraxis für besondere Indikationen → Häufigkeitsstatistik der Honorarabrechnung mit Medikation	
Aus der Patientenhistorie begründbare Umstellung auf wirksamere Innovationen?	
→ Krankenakte heranziehen, Benennung der Gesamtkosten mit beispielhafter Patientenvorstellung	

### **2.5 Auswirkungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG)**

Am 11.06.2015 hat der Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Dieses Gesetz bringt auch Veränderungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit sich, die aber noch der genauen Regelung und Umsetzung bedürfen.

Die Richtgrößenprüfung wird in unveränderter Form mit ihren festen Grenzen 15 % Beratung und 25 % Regress bis 2016 einschließlich bestehen bleiben. Ab dem 01.01.2017 wird die Richtgrößenprüfung nicht mehr zwingend als Regelprüfmethode vorgeschrieben. Unter engen Vorgaben der Bundesebene soll die Regelungskompetenz auf die regionalen Prüfebene übergehen.

Auf regionaler Ebene steht es den Beteiligten frei bis zum 31.12.2016 eine Regelung zu vereinbaren. Vereinbaren sie bis dahin nichts, bleibt die Richtgrößenprüfung bestehen. Ebenso kann die Vereinbarung dahingehend getroffen werden, die Richtgrößenprüfung unverändert weiter anzuwenden. Eine Lücke wird dabei nicht bleiben; kommt auf Landesebene keine Regelung bis zum 31.12.2016 zustande, gelten die bisherigen Regelungen weiter.

Im Bereich der ärztlichen Leistungen wird eine Zufälligkeitprüfung von mindestens 2 % aller Vertragsärzte bundesweit vorgeschrieben.

Zufälligkeitprüfungen werden zukünftig nur noch für ärztliche Leistungen erfolgen. Sie beziehen sich nicht mehr auf Krankenhauseinweisungen und ärztlich verordnete Leistungen. Das heißt aber nicht, dass auch für ärztlich verordnete Leistungen keine Zufälligkeitprüfungen mehr möglich sind. Die Vertragspartner können dies nämlich auf Landesebene weiterhin vereinbaren.

### 2.6 Praxisbesonderheiten

Aus Sicht einer Prüfungsinstanz wäre es wünschenswert, wenn jedwede Praxis oder ärztlich geleitete Einrichtung vollends identisch und damit eine idealtypische Vergleichbarkeit gewährleistet wäre. Dass dem in der Realität nicht so ist, versteht sich von selbst. Allein schon bedingt durch verschiedene und besondere Patientenstrukturen ergeben sich zwangsläufig Abweichungen, die eine besondere Ausrichtung der Praxis notwendig machen kann.

Das kann durchaus zur Folge haben, dass bestimmte mögliche Leistungen gar nicht erbracht werden, oder der betrachtete Vertragsarzt aufgrund seiner Qualifikation Leistungen selber erbringt, die in der Regel eine Überweisung zu einem entsprechenden Facharzt auslösen würden.

Wichtig ist, dass die Ermittlung von Praxisbesonderheiten nicht erst im Falle einer Regressierung des Vertragsarztes vorgenommen wird und im Rahmen der notwendigen Stellungnahme, dann aus einer Defensivposition heraus, vorgetragen wird. Denn grundsätzlich ist die Ermittlung der Praxisbesonderheiten durch den zugelassenen Leistungserbringer eine der Hauptanwendungsgebiete der Mitwirkungspflicht des Vertragsarztes. Von vornherein aussichtslos hingegen ist jegliche Geltendmachung von Praxisbesonderheiten aufgrund einer breiten Leistungspalette oder Argumentationen einer besonders guten und qualitativ hochwertigen Behandlung.

Hingegen kann die Analyse der Patientenstruktur wertvolle Hinweise auf eine Praxisbesonderheit geben. Diese Analyse sollte nicht nur einmalig durchgeführt werden, weil die Patienten mit dem Alter der Praxis ja auch mitaltern. Allein dadurch kann es zu Verschiebungen in der Struktur kommen und es bildet sich mit der Zeit eine höhere Anzahl an Rentnern heraus. Allgemein kann festgestellt werden, dass nach dem 54. Lebensjahr der Bedarf an Arzneimitteltherapien stark ansteigt. Hinzu kommt, dass Frauen im Durchschnitt 20 % mehr an Arzneimittel benötigen als Männer. Da Frauen eine höhere Lebenserwartung haben als Männer, kann sich schnell eine doppelte Verschiebung ergeben. Aber auch einzeln betrachtet kann eine erhöhte Anzahl an Rentnern oder

## 2 Die Einordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

eine große Anzahl an Frauen im Patientenstamm für sich genommen zu einer Praxisbesonderheit führen, die anzuerkennen wäre.

Aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat sich im Laufe der Zeit eine Liste entwickelt, die mögliche Praxisbesonderheiten abbildet:

<b>Praxisbesonderheit</b>	<b>Beispiel</b>	<b>Urteil BSG</b>
Hoher Rentneranteil	Ab 30 % bis über 50 %. Ältere Multimorbiditäten sind gegeben, dadurch kommt es zu Mehraufwand.	6 RKA 24/83 vom 09.11.1982 6 RKA 16/86 vom 27.02.1987 6 RKA 3/92 vom 28.10.1992
Hoher Ausländeranteil	Kann zu einer Anerkennung führen, wenn der überdurchschnittliche Ausländeranteil verbunden ist, mit schwerwiegenderen Erkrankungen als bei den deutschen Patienten.	B 6 KA 25/99 R vom 10.05.2000
Schwere Fälle	Können mehr als 1/3 der Patienten als schwere Fälle nachgewiesen werden, ist eine Anerkennung möglich.	6 RKA 8/84 vom 09.05.1985
Anfängerpraxis	Geringe Fallzahlen und höhere Aufwendungen durch neue Patienten.	6 RKA 23/86 vom 02.06.1987 6 RKA 19/87 vom 15.12.1987 6 RKA 25/96 vom 14.05.1997 6 RKA 21/97 vom 03.12.1997
Viele Überweisungsfälle		6 RKA 13/84 vom 19.11.1985
Außergewöhnlichkeiten z. B. Notfalldienste		6 RKA 2/85 vom 11.06.1986 6 RKA 8/87 vom 02.09.1987 6 RKA 15/93 vom 24.08.1994
Außergewöhnliches Krankengut mit besonderem Aufwand	Z. B. gegeben bei Drogenpatienten, HIV etc.	6 RKA 17/82 vom 23.05.1984 6 RKA 35/94 vom 21.06.1995
Unterversorgung am Praxisstandort	Entweder bisher noch nicht versorgter Bereich oder ungünstig gelegenes Gebiet bedingt erhöhte Besuchstätigkeit.	6 RKA 25/81 vom 22.04.1983



## 2 Die Einordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Praxisbesonderheit	Beispiel	Urteil BSG
	Einschränkend: Landarztpraxis alleine reicht nicht, wenn die Region eben ländlich geprägt ist.	B 6 KA 24/99 R vom 06.09.2000
Spezialisierung oder Unterspezialisierung	Abweichende Praxisausrichtung durch Führen einer Zusatzbezeichnung führt auch zum Anspruch auf eine eigene Vergleichsgruppe.	6 RKa 37/84 vom 09.05.1984 B 6 KA 69/96 R vom 28.01.1998 B 6 KA 1/02 R vom 11.12.2002 6 RKa 18/92 vom 09.03.1994 6RKa 45/95 vom 08.05.1996
	Untergrenze von 9 Ärzten	6 RKa 16/83 vom 22.05.1984
	Operative Tätigkeit	6 RKa 16/83 vom 22.05.1984
	Phlebologie	6 RKa 2/85 vom 11.06.1986
	Chemotherapie	6 RKa 35/94 vom 21.06.1995
	Sterilitätsbehandlung	6 RKa 52/96 vom 18.06.1997
	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen die vertragsärztlich und vertragszahnärztlich zugelassen sind.	B 6 KA 43/00 R vom 27.06.2001

### 2.6.1 Arzneimittel-Praxisbesonderheiten in der Richtgrößenprüfung

Die Verordnung bestimmter Wirkstoffe bzw. Arzneimittel in komplexen Therapien zumeist bei sehr schwerwiegenden Erkrankungen verursacht sehr hohe Kosten. Dabei kann es leicht zu signifikanten Überschreitungen der Richtgröße kommen, obwohl der Einsatz dieser Mittel wirtschaftlich geboten war. Der Vertragsarzt wird trotz Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots auffällig und kommt dann leicht in den Fokus einer genauen Überprüfung.

### ▸ **Praxistipp**

Es empfiehlt sich daher, dass der Berater die Verordnungen des Vertragsarztes dahingehend auswertet. Die Schwierigkeit dabei ist, dass die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung zwar diesen Umstand erkannt haben und sich auf einen Gesamtkatalog von Wirkstoffen geeinigt haben, die nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung sein sollen, dieser Katalog jedoch nicht für das gesamte Bundesgebiet einheitlich Geltung hat. Die Auswahl aus diesem Katalog unterliegt jedoch der regionalen Umsetzung und wird höchst unterschiedlich in den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen gehandhabt.

Kommt es bei einem Vertragsarzt zu vermeintliche Auffälligkeiten, weil er in diesen Indikationsgebieten oder mit den Mitteln der Wirkstoffliste arbeitet und diese nicht in der jeweiligen regionalen Prüfungsvereinbarung aufgenommen worden sind, so lässt sich argumentativ schon die Frage nach der Begründung stellen, um einen Regress doch noch abzuwenden.

### 2.6.2 Wirkstoffliste – Indikationsgebiete Wirkstoffliste

Die nachfolgenden Medikamente sind teilweise auf den für das Prüfverfahren relevanten Anlagen in den Prüfvereinbarungen auf regionaler Ebene gelistet. Keine regionale Liste enthält jedoch sämtliche der hier dargestellten Wirkstoffe.

#### 0-9

#### 4-Aminomethylbenzoesäure

<b>A</b>	Amantadin
Abacavir	nur Indikation
Abatacept	Morbus Parkinson
Aclarubicin	Ambrisentan
ACTH	Amifostin
Agalsidase alfa, beta	Aminoglutethimid
Aldesleukin	Aminomethylbenzoesäure
Alemtuzumab	Amsacrin
Alfentanyl	Anastrozol
nur parenterale	Anistreplase
Anwendung	Anti-Human-T-
Alglucosidase alfa	Lymphozyten-
All-trans-Retinsäure	Immunglobuline
Alpha-Dihydroergocryptin	Antithrombin
Alprostadil	Argipressin
Alteplas	nur parenterale Anwendung
Altretamin	Asparaginase
	Atazanavir
	Atovaquon
	Azathioprin

<b>B</b>	Buserelin nur als Diagnostikum
Bacillus Calmette-Guérin nur zur intravesikalen Instillation	Busulfan
Baclofen nur intrathekal	
Barbexaclon	<b>C</b>
Basiliximab	Carbergolin nur Indikation Morbus Parkinson
Bendamustin	Carbimazol
Benzatropin	Carboplatin
Bevacizumab	Capecitabin
Bicalutamid	Carmustin
Bienengift	Cetuximab
Biperiden	Chlorambucil
Bleomycin	Chlorotrianisen
Blutgerinnungsfaktor bei Hemmkörperhämophilie (FEIBA) Blutgerinnungsfaktoren I, II, VII, VIII, IX, X, XIII	Ciclosporin
Bornaprin	Cidofovir
Bortezomib	Cisplatin
Bosentan	Cladribin
Botulinumtoxin A + B	Clodronsäure
Bromocriptin nur Indikation Morbus Parkinson	Clofarabin
Budipin	Clonazepam
Buprenorphin	Corticotropin nur als Diagnostikum
	Cyclophosphamid
	Cytarabin

## 2 Die Einordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

---

### D

	Entecapon Entecavir
Dacarbazin	Epirubicin
Daclizumab	Erlotinib
Dactinomycin	Estramustin
Dapson	Ethambutol
Darunavir	Ethinylestradiol
Dasatinib	Ethosuximid
Daunorubicin	Etoposid
Desfluran	Everolimus
Desmopressin nur parenterale Anwendung	Exemestan

Diazoxid

Didanosin

Dihydrotachysterol

Docetaxel

Doxorubicin

### E

Efavirenz

Emtricitabin

Enfluran

Enflurvirtid

Enfuvirtid

Entacapon

Entacapon + Levodopa  
+ Carbidopa

### F

Felbamat

Fenoterol  
nur parenterale Anwendung

Fentanyl  
nur parenterale Anwendung,  
Pflaster

Filgrastim (G-CSF)

Fludarabin

Fluorouracil

Flutamid

Formestan

Fomivirsen

Foscarnet

Fosfestrol	Iloprost
Fulvestrant	Imatinib
Furosemid nur $\geq 250$ mg	Imiglucerase
	Imiquimod
<b>G</b>	Immunglobuline, spezifische vom Menschen mit Antikörper gegen: CMV Hepatitis A Hepatitis B Masern Rhesus (D) Röteln Tetanus Tollwut Varizellen
Gabapentin	
Galsulfase	
Ganciclovir	
Gemcitabin	Indinavir
Gestonoron	Insuline
Glucagon	Irinotecan
Gonadorelin (LHRH) nur nasale Anwendung bei Kindern	Isofluran
Goserelin nur als Diagnostikum	Isoniazid K Kaliumbromid nur $\geq 850$ mg
<b>H</b>	<b>L</b>
Hydrocortison nur $\geq 500$ mg	Lamivudin
Hydromorphon	Lamotrigin
Hydroxycarbamid	Laronidase
	Lenalidomid
<b>I</b>	Lenograstim
Ibandronsäure	Lepirudin
Idarubicin	Letrozol
Idursulfase	Leuporelin nur als Diagnostikum
Ifosfamid	

## 2 Die Einordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

---

Levetiracetam	Methylprednisolon nur $\geq 250$ mg
Levodopa	Methylthiouracil
Levodopa + Benserazid	Metixen
Levodopa plus Carbidopa	Miltefosin
Liposomales	Mitomycin
Lisurid	Mitoxantron
nur bei Indikation	Molgramostim
Morbus Parkinson	Monoklonale Antikörper (Mab 17 - 1A)
Lomustin	Morphin
Lopinavir	Muromonab - CD 3
Lymphozyten - Globuline	Mycophenolatmofetil
Lypressin	
nur parenterale Anwendung	
<b>M</b>	<b>N</b>
Maraviroc	Nelarabin
Medrogeston nur $\geq 25$ mg	Nelfinavir
Medroxyprogesteron	Nevirapin
nur $\geq 100$ mg	Nimustin
Megestrol	Nitisinon
Melphalan	
Mercaptamin	<b>O</b>
Mercaptopurin	Octreotid
Mesna	Omalizumab
Mesuximid	Ornipressin
Methotrexat	nur parenterale Anwendung

Oxaliplatin	Prednisolon
Oxcarbazepin	nur > 250 mg
Oxycodon	Pridinol
Oxytocin	Primidon
plus Methylethylgometrin	Procarbazin
	Procyclidin
	Propylthiouracil
	Protionamid
	Pyrazinamid
	Pyrimethamin
<b>P</b>	
Paclitaxel	
Pamidronsäure	
Pegaptanib	
Pegaspargase	
Pegfilgastrim	<b>R</b>
Pegyliertes	Ranibizumab
Pentamidin	Remifentanyl
Pentostatin	Reteplase
Perchlorat	Rifabutin
Pergolid	Rifampicin
Pethidin	Riluzol
Phenobarbital	Ritodrin
Phenprocoumon	Ritonavir
Phenytoin	Ropinirol
Piritramid	Rituximab
Polyestradiol	
Porfimer	
Pramipexol	



## 2 Die Einordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

---

### S

Saquinavir	Tenotovir
Selegilin	Teriparatin
Sevofluran	Terizidon
Sildenafil	Terlipressin nur parenterale Anwendung
Sirolimus	Testolacton
Sitaxentan	Thiamazol
Somatorelin nur als Diagnostikum	Thioguanin
Sorafenib	Thiotepa
Stavudin	Thymoglobulin
Streptokinase	Tiagabin
Streptomycin	Tiaprid
Sufentanil	Tipranavir
Sultiam	Tolcapon
Sunitinib	Topiramat

### T

Tacrolimus	Topotecan
Tamoxifen	Torasemid nur $\geq 200$ mg
Tegafur	Toremifen
Telbivudin	Trabectidin
Temoporfin	Tranexamsäure
Temozolomid	Trastuzumab
Teniposid	Treosulfan
	Trepostinil
	Tretinoin nur systemische Anwendung
	Triamcinolon nur $\geq 40$ mg

Trihexyphenidyl	Vinblastin
Trimethadion	Vincristin
Triptorelin	Vindesin
nur als Diagnostikum	Vinorelbin
Trofosamid	
	<b>W</b>
<b>U</b>	Warfarin
Uracil	Wespengift
Urokinase	
	<b>Z</b>
<b>V</b>	Zalcitabin
Valganciclovir	Ziconotid
Valproinsäure	Zidovudin
Vasopressin	Zalcitabin
nur parenterale Anwendung	Zidovudin
Vigabatrin	Zoledronsäure

### 2.6.3 Indikationsgebiete als Praxisbesonderheit

Es gibt eine Sammlung von Indikationsgebieten, die regional sehr unterschiedlich als Praxisbesonderheit anerkannt werden können:

- Multiple Sklerose.
- Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen.
- Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis.
- Morbus Crohn.
- Psoriasis.

## 2 Die Einordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

---

- Psoriasis-Arthritis.
- Colitis ulcerosa.
- Hepatitis B und Hepatitis C.
- Pulmonal arterielle Hypertonie.
- Präterminale und terminale Niereninsuffizienz.
- Erythropoetinbehandlung bei renaler Anämie.
- Insuline zur Behandlung der insulinpflichtigen Diabetes Mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen.
- Prostavasin bei chronisch arterieller Verschlusskrankheit.
- Antithrombotische Mittel (Heparin und Heparinoide; parenteral).
- Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose oder bei Knochenmetastasen.
- Parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten.
- Indikationsbezogene Arzneimittel-Therapie bei Tumorpatienten unter Strahlentherapie.
- Zytostatikaerbrechen.
- (Begleiterkrankungen bei) HIV-Infektionen.
- Antiepileptika.
- Antidementiva.
- Morbus Parkinson.
- Neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen.
- Schizophrenie.
- Amyotrophe Lateralsklerose.
- Selektive Serotonin - 5HT 1 - Agonisten (Triptane).
- Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien.
- Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach NUB-Richtlinien.
- Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten.
- Alpha 1-Proteinase-Inhibitor zur Substitution bei entsprechendem Mangel.

- Carglumsäure bei N-Acetylglutamatsynthase-Mangel.
- Hormontherapie zur Durchführung von Hypophysenstimulationstests.
- 4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei Narkolepsie.
- Linezolid-Therapie (Fortführung).
- Ziconoxid nach nicht ausreichender/nicht vertragener Opioid-Therapie.
- Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie.
- Alpha 1-Antitrypsinmangel.
- Morbus Fabry.
- Morbus Gaucher.
- Morbus Pompe.
- Mucopolysaccharidose.
- Prävention von Respiratory -Syncytial -Virus (RSV)-Erkrankungen.
- Mukoviszidose.
- Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs.
- ADS-Kinder.
- Spezifische Immuntherapie allergischer Erkrankungen mittels Hyposensibilisierung.
- Hormonelle Behandlung bei in-vitro-Fertilisation.
- Diagnose und Therapie mit Gonadotropin Releasing Hormonen.
- Wehenhemmende Mittel.
- Glaukom.
- Photodynamische Therapie gemäß Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.
- Feuchte AMD.
- Parenterale Ernährung.
- Sondennahrung.
- Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen.

### **Beispiel: Ermittlung einer arztindividuellen Praxisbesonderheit**

Besonders kostenintensiv ist immer die Behandlung von Karzinompatienten. Betrachtet man die Gruppe der Urologen, so ist es leicht zu der Feststellung zu kommen, dass Urologen generell eine hohe Anzahl an Karzinompatienten betreuen. Insbesondere Erkrankungen des Urogenitaltrakts, wie z. B. der Prostata sind ein sehr typisches Erscheinungsbild.

Trotzdem ist es möglich, eine besondere Häufung an diesen Behandlungsfällen festzustellen und als Praxisbesonderheit geltend zu machen. Der Schlüssel liegt hier im Vergleich der abrechnungsfähigen Zusatzpauschale Onkologie im Verhältnis zur Fachgruppe. Ist aus der 100 Fallstatistik der Abrechnung ersichtlich, dass der Urologe diese Ziffer häufiger abrechnet, als in der Fachgruppe üblich, so kann eine Praxisbesonderheit angenommen werden.

#### **① Praxistipp**

Empfehlenswert kann es dann sein, der Honorarabrechnung eine Liste der betreffenden Patienten beizufügen, um die überdurchschnittliche Häufung dieser Fälle geltend zu machen und proaktiv einer Prüfungseinleitung vorzubeugen.

# 3

## Die Plausibilitätsprüfung

---

Rechtlich verbindlich gefasst in den Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106a Abs. 2 SGB V sowie nach § 106a Abs. 3 SGB V durch den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinbarung<sup>2</sup> sollen die Honorarabrechnungen der Vertragsärzte durch die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft werden.

**Gemäß dieser Richtlinien sind verschiedene Prüfungen vorgesehen:**

- Die Abrechnungsprüfung.
- Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit.
- Die Plausibilitätsprüfung.

**Die gesetzlichen Grundlage des § 106a Abs. 2 SGB V lautet wie folgt:**

*„Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes. Bei der Prüfung nach Satz 2 ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zugrunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zugrunde gelegt werden. Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz bestimmt sind, sind diese bei den Prüfungen nach Satz 2 zugrunde zu legen. ...“*

Die Prüfungen sind dabei miteinander verwoben. Das bedeutet, dass die einzelnen Prüfungen bei Einreichung der Honorarabrechnung regelhaft durchgeführt werden. Dabei finden Prüfungen sowohl durch die Kassenärztliche Vereinigung, als auch durch die Krankenkassen statt. Ein für

---

<sup>2</sup> [http://www.kbv.de/media/sp/Richtlinien\\_\\_106a\\_\\_SGB\\_V\\_Plausibilitaetspruefung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Richtlinien__106a__SGB_V_Plausibilitaetspruefung.pdf)

Prüf- und Verfolgungszwecke wichtiger und verpflichtender Bestandteil der Honorarabrechnung ist daher die Erklärung des Arztes, dass er sämtliche Leistungen selbst erbracht hat und die Abrechnung vollständig ist.

#### 3.1 Die Abrechnungsprüfung

Die Rechtmäßigkeit der Abrechnung ist Gegenstand der Abrechnungsprüfung, dabei wird geprüft, ob die Sachkosten und die erbrachten Leistungen formal richtig abgerechnet worden sind. Ebenfalls wird geprüft, ob die Leistungserbringung rechtlich ordnungsgemäß war. Diese Prüfung wird sowohl von den Kassenärztlichen Vereinigungen, als auch von den Krankenkassen vorgenommen.

Wenn die Prüfung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vorgenommen wird, wird sie durch die sachlich-rechnerische Prüfung, deren Bestandteil die Plausibilitätsprüfung ist, durchgeführt.

#### 3.2 Die sachlich-rechnerische Prüfung

Die Kassenärztliche Vereinigung prüft die Honorarabrechnungen der Ärzte und Psychotherapeuten auf Ordnungsmäßigkeit der Leistungsabrechnung. Ordnungsgemäß bedeutet dabei, dass die erbrachten Leistungen auch im vollen Umfang abgerechnet werden, dass die zur Leistungserbringung benötigte Genehmigung vorliegt und dass keine Überschreitung des Fachgebiets vorliegt.

**Als rechtlich nicht ordnungsgemäß werden nach § 6 Abs. 2 der Richtlinie<sup>3</sup> hingegen Abrechnungen angesehen, bei denen folgende Punkte auftreten:**

- Fehlende Berechtigung zur Leistungsabrechnung.
- Abrechnung nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen.
- Abrechnungen, die unter dem Verstoß der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung stehen.
- Ansatz der falschen Gebührennummer.

---

<sup>3</sup> [http://www.kbv.de/media/sp/Richtlinien\\_\\_106a\\_\\_SGB\\_V\\_Plausibilitaetspruefung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Richtlinien__106a__SGB_V_Plausibilitaetspruefung.pdf)

- Fehlende ICD- und/oder OPS-Kodierung.
- Abrechnung fachfremder Tätigkeiten.
- Fehlen der fachlichen und apparativen Voraussetzungen (einheitliche Qualifikationserfordernisse).
- Nichtbeachtung der vertraglich vereinbarten Abrechnungsbestimmungen.
- Nichteinhaltung der Qualitätsanforderungen, wenn die Leistungserbringung die erfolgreiche Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung voraussetzt.
- Nichteinhaltung des Überweisungsauftrags zur Auftragsleistung.

Die Kassenärztliche Vereinigung prüft dabei IT-gestützt routinemäßig aufgrund der Behandlungsscheine, ob die Kriterien der Ordnungsmäßigkeit der Honorarabrechnung eingehalten worden sind. Gemäß §§ 284 ff. SGB V i. V. m. §§ 296, 297 SGB V bilden die elektronische Erfassung und Verarbeitung der verordnungsbezogenen Daten die Grundlage für die Verordnungsprüfung. Die auf den Verordnungsblättern enthaltenen Informationen werden per EDV eingelesen, den einzelnen Ärzten über die angegebene Arztnummer zugeordnet und dann weiterverarbeitet und so für Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgewertet.

Ergibt sich bei dieser Prüfung ein Fehlerverdacht bei der Berechnung des dem geprüften Arzt zugeordneten Verordnungsvolumens oder macht der geprüfte Arzt berechtigte Zweifel geltend, die die Richtigkeit der elektronisch ermittelten Ergebnisse zweifelhaft erscheinen lassen, so müssen die Prüfungsgremien dem nachgehen und erforderlichenfalls weitergehende Ermittlungen anstellen.<sup>4</sup> Führt diese Ermittlung zur Feststellung von Fehlern, so sind in entsprechendem Umfang Verordnungsbeträge in Abzug zu bringen.

#### **Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)**

Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist die Gebührenordnung der Ärzte und Psychotherapeuten für Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen. Der EBM ist dabei abschließend zu verstehen,

---

<sup>4</sup> s. SG Belin, Urteil vom 06.11.2002, S 71 KA 174/01, BSGE 95, 199



### 3 Die Plausibilitätsprüfung

---

d. h. Leistungen, die nicht im EBM verzeichnet sind, dürfen weder erbracht noch abgerechnet werden.

Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) umfasst fast alle medizinischen Leistungen, die Ärzte und Psychotherapeuten mit der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen dürfen. In dem Verzeichnis ist seit 2009 jeder erlaubten ärztlichen Leistung eine Nummer – die Gebührenordnungs-Position (GOP) – sowie ein Preis zugeordnet. Vor 2009 wurde statt einem Preis ausschließlich nur Punktwerte verteilt.

In Teil III des EBM finden sich hart abgegrenzte Fachgruppenkapitel, die klar regeln, was die jeweilige Fachgruppe abrechnen darf. Kommt es zu Leistungsabrechnungen aus einer fachfremden Gruppe, so ist diese Leistung aus der Honorarabrechnung zu streichen und wird nicht vergütet.

**Beispiel:** Der Ganzkörperstatus ist nur für bestimmte Fachgruppen z. B. für Praktische Ärzte und Fachärzte für Allgemeinmedizin über die Gebührenordnungsnummer (GO-Nr. 03311), für hausärztliche Internisten (GO-Nr. 03311), fachärztliche Internisten (GO-Nr. 13250) sowie für Kinderärzte und Ärzte für Jugendmedizin (GO-Nr. 04311) abrechnungsfähig. Rechnet ein Chirurg einen Ganzkörperstatus ab, werden diese in seiner Abrechnung gestrichen. Chirurgen dürfen diese prinzipiell nicht abrechnen.

Die Preise für ärztliche Leistungen ergeben sich seit 2009 durch die Multiplikation des Punktwertes der Leistung mit dem sogenannten Orientierungspunktwert. Der Orientierungspunktwert wird in der Regel durch den Bewertungsausschuss bzw. bei Uneinigkeit durch den erweiterten Bewertungsausschuss festgelegt. Der Bewertungsausschuss hat nach SGB V die Aufgaben:

- den EBM festzulegen,
- Beschlüsse über die Gesamtvergütung herbeizuführen und
- Regeln für die Honorarverteilung festzulegen.

Der Bewertungsausschuss wird paritätisch durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband der Krankenkassen besetzt.

Der Orientierungspunktwert betrug anfänglich 3,5001 Cent und stieg im Laufe der Zeit auf 3,5363 Cent im Jahre 2013. Zum 01.10.2013 erfolgte dann ein Wechsel des Systems. Der Punktwert wurde auf 10 Cent einheitlich festgesetzt, ebenso der Orientierungspunktwert. Da aber gleichzeitig die Punktwerte der ärztlichen Leistungen runtergestrichen wurden, fand de facto keine Honorarerhöhung statt.

10,2718 Cent beträgt der Punktwert nunmehr im Jahr 2015.

Für die Praxis von Bedeutung ist die vierjährige Ausschlussfrist zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarabrechnung. Mit der Bekanntgabe des Honorarbescheids beginnt diese Frist zu laufen. Das Bundessozialgericht hat mit vielbeachtetem Urteil vom 12.12.2012<sup>5</sup> auch definiert, dass schlichte Hinweise auf anhängige Verfahren zur Hemmung der Verjährung nicht genügen. Stattdessen muss für eine wirksame Hemmung zeitnah und umfassend durch die Kassenärztliche Vereinigung informiert werden, wie lange und aus welchen Gründen auf die sachlich-rechnerische Richtigstellung in Form eines endgültigen Honorarbescheids gewartet werden muss.

### **3.3 Die Plausibilitätsprüfung**

Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen ist es weiterhin, die Honorarabrechnungen der Vertragsärzte einer arztbezogenen Plausibilisierung zu unterziehen. Hierbei sollen anhand bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen Schlüsse auf die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung gezogen werden. Dabei prüft die Kassenärztliche Vereinigung grundsätzlich regelhaft. Das bedeutet, dass die Quartalsabrechnungen automatisch anhand eines Zeitprofils abgeglichen werden, ob der Umfang der abgerechneten Leistungen mit dem dafür für notwendig gedachten Zeitaufwand erbracht werden konnte. Ergeben sich dabei Auffälligkeiten werden ergänzende Plausibilitätsprüfungen als Einzelfallprüfungen des Arztes vorgenommen. Ebenso unterzieht die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen von Stichprobenprüfungen jeweils 2 % der Vertragsärzte einer Überprüfung. Auch hier kommt es dann

---

<sup>5</sup> BSG, Urteil vom 12.12.2012, B 6 KA 35/12 R

zu ergänzenden Einzelfallprüfungen, wenn Auffälligkeiten festgestellt werden. Völlig unabhängig von den vorgenannten Prüfungsarten der Plausibilitätsprüfung können auch anlassbezogene Prüfungen stattfinden. Auslöser hierfür sind schriftlich oder persönlich vorgetragene konkrete Hinweise oder Verdachtsmomente.

Das Bundessozialgericht hat am 24.11.1993<sup>6</sup> die Verwendung der o. g. Tageszeitprofile als zulässig bejaht, dafür aber bestimmte Voraussetzungen aufgestellt, unter denen diese Profile ein geeignetes Beweismittel für die Unrichtigkeit der Abrechnung darstellen:

#### **1. Es gibt keine anderen unmittelbaren Beweise für die unrichtige Abrechnung**

Die Tagesprofile stellen einen Indizienbeweis dar, der grundsätzlich nur dann zulässig ist, wenn anderweitige Möglichkeiten zur Erbringung des unmittelbaren Beweises nicht bestehen.

#### **2. Nur Berücksichtigung der eigenen Leistungen des Arztes**

In die Tagesprofile dürfen nur Leistungen einfließen, die ein Tätigwerden des Arztes selbst voraussetzen, d. h. delegationsfähige Leistungen bleiben bei der Betrachtung außer Betracht.

#### **3. Realistische Durchschnittszeiten**

Die für die einzelnen ärztlichen Leistungen zugrunde zu legenden Durchschnittszeiten sind so zu bemessen, dass auch ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen kann. Die Durchschnittszeiten stellen statistische Mittelwerte dar, die auf ärztlichem Erfahrungswissen beruhen.

#### **4. Zeitaufwand ist nicht für jede Leistung anzusetzen**

Bestimmte Leistungen sind nebeneinander berechnungsfähig, der zu berücksichtigende Zeitaufwand ist in diesen Fällen nicht für jede Leistung anzusetzen.

---

<sup>6</sup> BSG, Urteil vom 24.11.1993, RKA 70/91

## 5. Organisationsgrad der Praxis

Der Organisationsgrad der Praxis ist bei der Plausibilitätsprüfung durch die Angaben von Mindestzeiten zu berücksichtigen.

### Tipps zur Vermeidung von Auffälligkeiten bei Plausibilitätsprüfungen

- Regelmäßige Überwachung der Zeitprofile (per Praxis-EDV) unter Beachtung von Warnsignalen und Abweichungen.
- Einhaltung der generellen Dokumentationspflichten.
- Dokumentation der besonders zeitaufwändigen Patientenkontakte.
- Informationen über das Prüfungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen sammeln.
- Ggf. rechtzeitig Rechtsbeistand von Spezialisten einholen.
- Notwendige schriftliche Stellungnahmen an die Prüfkommision von dafür ausgebildeten Experten erstellen lassen.
- Anhörungstermine stets in Begleitung eines Anwalts wahrnehmen.

Die Konsequenzen aus negativ verlaufenden Plausibilitätsprüfungen können für den Vertragsarzt gravierend sein. Häufig ergibt die negative Plausibilitätsprüfung einen Verdacht der Unwirtschaftlichkeit, sodass direkt eine Wirtschaftlichkeitsprüfung (→*Kapitel 2*) initiiert wird.

Außerdem wird eine Honorarberichtigung in Gang gesetzt. Je nach zuständiger regionaler Kassenärztlicher Vereinigung kann es sein, dass ein Disziplinarverfahren gegen den Vertragsarzt zwingend eingeleitet werden muss. Voraussetzungen und Einzelheiten des Verfahrens sind in den Satzungen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung geregelt. Die von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragte Stelle erlässt, wenn ein Pflichtverstoß vorliegt, einen Disziplinarbescheid. Der Disziplinarbescheid kann gemäß § 81 Abs. 5 SGB V in einer Verwarnung, einem Verweis, einer Anordnung des Ruhens der Zulassung oder der Anordnung einer Geldbuße von bis zu 10.000 Euro bestehen. Gegen den Disziplinarbescheid kann Widerspruch eingelegt und ggf. Klage vor

dem Sozialgericht erhoben werden. Örtlich zuständig ist das Sozialgericht des Ortes, an dem die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sitz hat bzw., sofern es sich um Fragen der Zulassung handelt, das Sozialgericht des Ortes, wo der Vertragsarzt seinen Sitz hat.

Ergeben sich durch die Prüfung Anhaltspunkte für ein vorsätzliches Verhalten des Arztes, so sind die Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich verpflichtet, den Sachverhalt an die zuständige Staatsanwaltschaft zu melden, die ein entsprechendes Ermittlungsverfahren (z.B. wegen Abrechnungsbetrugs gemäß § 263 StGB) einleitet. Es ist also möglich, dass sich der Arzt nach dem Strafgesetzbuch (StGB) strafbar gemacht hat und vor die ordentlichen Gerichte kommt. Außerdem können Verstöße des Arztes auch von dem Berufsgericht geahndet werden. Verfahren vor dem Berufsgericht dürfen dann nicht eingeleitet werden, wenn bereits ein Strafverfahren gegen den Arzt wegen desselben Verdachts eingeleitet wurde. Wurde das Verfahren zuerst vor dem Berufsgericht eingeleitet, muss dieses ruhen, bis eine Entscheidung im Strafverfahren vorliegt. Eine Verurteilung wegen der gleichen Tat ist auch nach der Entscheidung im Strafverfahren nicht möglich.

Sofern die Ärztekammer gegen den Arzt eine Rüge ausspricht, ist dagegen der Rechtsweg vor dem Verwaltungsgericht und nicht vor dem Berufsgericht einzuschlagen.

Verstöße die von beamteten Ärzten begangen werden, werden in der Regel durch Disziplinargerichte geahndet.

#### **3.3.1 Auffälligkeiten der Abrechnung zum Zeitaufwand**

Die Richtlinie definiert bestimmte Zeitaufwände, die im Rahmen eines Tageszeitprofils und eines Quartalsprofils als plausibel gelten. Für diese Zeitprofile bleiben in der Ermittlung folgende Punkte ohne Berücksichtigung:

- Leistungen im organisierten Notfalldienst.
- Leistungen aus der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der Sprechstundenzeiten.
- Unverzüglich nach Bestellung durchzuführende dringende Besuche.
- Bei Belegärzten auch Visiten.

- Die im Anhang 3 des EBM aufgeführten und gekennzeichneten ärztlichen Leistungen ohne Anrechnung auf das Tageszeitprofil.

#### ① Hinweis

Als auffällig wird ein Vertragsarzt gesehen, der an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden gearbeitet hat.

Im Rahmen der Prüfung sollen durch die Kassenärztliche Vereinigung auch folgende Punkte zu Gunsten des Arztes geprüft und berücksichtigt werden:

- Job-Sharing.
- Beschäftigung eines Assistenten.
- Vertreterfälle nach Muster 19 Vordruckvereinbarung.

#### **3.3.2 Besonderheit der Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis)**

Bei zwei in Vollzeit tätigen Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft ist eine Auffälligkeit im Quartalszeitprofil nicht erst gegeben, wenn  $2 \times 780 = 1.560$  Stunden Arbeitszeit abgerechnet wurden, sondern, wenn bereits einer der Partner 780 Stunden überschreitet. Das bedeutet, dass sich zwischen den Partnern keine Zeitressourcen verschieben lassen.

#### **3.3.3 Praxisgemeinschaft**

Bei Praxisgemeinschaften ist der Leitgedanke, dass die darin tätigen Ärzte dennoch untereinander verbunden sind und unplausibel werden, wenn bestimmte Grenzen des Anteils identischer Patienten überschritten werden. Solche Auffälligkeiten sind zu vermuten bei 20 % Patientenidentität in versorgungsbereichsidentischen Praxen und 30 % Patientenidentität in versorgungsbereichsübergreifenden Praxen.

### 3.3.4 Angestellte Ärzte

Angestellte Ärzte werden mit einem geringeren Zeitkontingent bedacht. Hier wird angenommen, dass eine wöchentliche Arbeitszeit von 40 Stunden oder 520 Stunden = 31.200 Minuten im Quartal vorliegt. Aufgrund arbeitsrechtlicher Beschränkungen darf die Arbeitszeit des angestellten Arztes 48 Wochenstunden nicht überschreiten. Im Gegensatz dazu, wird der freiberufliche Arzt mit 60 Wochenstunden gezählt. Ein Angestellter Arzt mit einer Wochenarbeitszeit von über 30 Stunden zählt demnach in der Bedarfsplanung mit einem vollen Vertragsarztsitz, bei bis zu 30 Stunden mit einem Dreiviertelsitz, bei bis zu 20 Stunden mit einem halben und bei bis zu 10 Stunden mit einem Viertelsitz.

### 3.3.5 Ausübung des Ermessens

Die Kassenärztliche Vereinigung hat in der Ausübung der Plausibilitätsprüfung einen weiten Ermessensspielraum durch das Bundessozialgericht eingeräumt bekommen. Das Schätzungsermessen einer Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen von Plausibilitätsprüfungen ist begrenzt und muss sich auch am Gebot einheitlicher Ermessensausübung nach Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz messen lassen. So entschied das Sozialgericht Marburg am 02.07.2014.<sup>7</sup> Dieser interessante Fall ermöglicht es nunmehr gegen zu hohe Regressforderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen vorzugehen.

### 3.3.6 Begründungen für ein erhöhtes Zeitaufkommen

Auffälligkeiten in der Plausibilitätsprüfung lassen sich häufig stichhaltig erklären. Mögliche Erklärungen sind dabei:

- Außerordentlich gut strukturierte Praxisabläufe.
- Hoher Anteil an nichtärztlichem Personal.
- Überdurchschnittliche ärztliche Fähigkeiten.
- Überdurchschnittliche apparative Ausstattung.

---

<sup>7</sup> SG Marburg, Urteil vom 02.07.2014, S 12 KA 483/13

# 4 Begriffsdefinitionen

---

Die hier angeführten Begriffsdefinitionen richten sich nach der Richtlinie über die Zufälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V.

## **Arztbezogene Prüfung ärztlicher Leistungen**

Die Überprüfung der durch den Vertragsarzt erbrachten Leistungen anhand der Gebührennummer des EBM ggf. aufgrund von Sonderverträgen etc. vereinbarten Gebührennummern.

## **Arztbezogene Prüfung ärztlicher Verordnungen**

Überprüfung der Wirtschaftlichkeit vertragsärztlicher Verordnungen von Arzneimitteln und Verbandmitteln, Heilmitteln, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Krankenhauseinweisungen.

## **Arztgruppe**

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die einen identischen Versorgungsauftrag wahrnehmen. Zu der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Arztgruppe können Vertragsärzte zusammengefasst werden, die zwar verschiedene Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen haben, die aber der Prüfung unterliegende gleiche ärztliche Tätigkeit ausüben, bzw. einen gleichartigen Versorgungsauftrag innehaben. Dabei können auch Ärzte und Psychotherapeuten gleichen Fachgebiets gemeint sein.

## **Beurteilungskriterien der Wirtschaftlichkeit nach § 106 Abs. 2a SGB V**

Eine der Indikation nach notwendige Leistung, die dem therapeutischen und diagnostischen Ziel nach ausreichend und zweckmäßig ist, die den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses folgend fachgerecht erbracht wird und wirtschaftlich und kostengünstig ist.



### **Fachgebiete nach § 106 Abs. 3 Satz 4, 2. Halbsatz SGB V**

Basierend auf der Weiterbildungsordnung der Ärzte sind Fachgebiete sachlich abgegrenzte Arztgruppen oder auch Teilgruppen. Zum Beispiel könnte ein Fachgebiet alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte sein. Eine Teilgruppe würde dann durch das Kriterium Hausarzt mit bestimmter Zusatzbezeichnung gebildet werden.

Bei ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten können Teilgruppen z. B. durch das Kriterium gleiche Therapiemethode gebildet werden.

Ebenfalls möglich ist die Bildung durch Kriterien wie fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder das Kriterium Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ).

### **Prüfungsgegenstand**

Ausgewählte ärztliche Tätigkeiten, die anhand der **Beurteilungskriterien der Wirtschaftlichkeit** geeignet sind, wirtschaftliches Verhalten anhand von **Prüfungskriterien** zu überprüfen. Die Auswahl des Prüfungsgegenstands wird durch die **Vertragspartner auf Landesebene** festgelegt.

### **Prüfungskriterien**

Um die Beurteilungskriterien der Wirtschaftlichkeit (Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit, ausreichende Leistung, Qualitativ ausgeführt, wirtschaftlich und kostengünstig) im Rahmen des Prüfungsgegenstands beurteilen zu können, müssen Parameter gefunden werden, die in sich geeignet sind, einen Verstoß gegen die Beurteilungskriterien rechtsicher und zweifelsfrei feststellen zu können.

### **Stichprobe**

Zufallsauswahl von Vertragsärzten, die einer Überprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V unterzogen werden sollen.

### **Stichprobengruppe**

Aufteilung der Vertragsärzteschaft anhand von geeigneten Kriterien, um einen geeigneten Pool für die anschließende Ziehung der Stichprobe zu erzeugen.

### **Sonstige Tätigkeitsmerkmale**

Veranlasste Leistungen, Überweisungen, aufwändige Leistungen mit medizinisch-technischem Großgerät (z. B. MRT), die zu Abrechnungszwecken vorgelegt werden.

# 5

## Musterschreiben

---

### 5.1 Antrag auf Vorabprüfung der Leistungspflicht zur Verordnung des Arzneimittels außerhalb der zugelassenen Indikation (Off-Label-Use)

Vorab per Fax:

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Datum:

#### **Antrag auf Vorabprüfung der Leistungspflicht zur Verordnung des Arzneimittels außerhalb der zugelassenen Indikation (Off-Label-Use)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung haben nach § 2 SGB V einen Anspruch auf Leistungen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen müssen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Dieser Standard kann durchaus außerhalb der zugelassenen Indikation eines Arzneimittels liegen.

Daher beabsichtige ich die Verordnung des oben genannten Präparates bei der Indikation:

\_\_\_\_\_  
**bei Ihrem Versicherten, Frau/Herrn**

\_\_\_\_\_  
**geboren am:**

\_\_\_\_\_  
**Versichertennummer:**

### **Vormedikation:**

Die Verordnung erfolgt nach dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Dieser lässt sich wie folgt belegen (ggf. als Anlagen beifügen):

Um die bekannte Off-Label-Use-Problematik auszuschließen, bitte ich sie um kurzfristige schriftliche Bestätigung, dass die Verordnung des oben genannten Arzneimittels für die angegebene Indikation aus Ihrer Sicht nicht beanstandet und in Kenntnis der aktuellen BSG-Rechtsprechung nicht zu einem Antrag auf Festsetzung eines Regresses beziehungsweise der Erstattung eines sonstigen Schadens durch sie führen wird.

Ohne Ihre rechtsverbindliche Zusage, bzw. im Fall einer Ablehnung kann ich das Arzneimittel lediglich auf einem Privatrezept verordnen, wozu ich in diesem Fall berechtigt bin.

Ihren Versicherten habe ich über die medizinischen und rechtlichen Aspekte eines Off-Label-use informiert und über die Möglichkeit, sich im Falle Ihrer Ablehnung direkt um eine Kostenerstattung bei Ihnen bemühen zu können.

---

Mit freundlichen Grüßen

## 5 Musterschreiben

---

### Erklärung der (Krankenkasse) zum Off-Label-Use:

---

Versichertennummer:

---

Versicherter:

---

Arzneimittel:

---

Diagnose:



Ja. Wir erkennen unsere Leistungspflicht im vorliegenden Fall an und verzichten darauf, im vorangestellten Einzelfall einen Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens zu stellen.



Nein. Wir erkennen keine Leistungspflicht im vorangestellten Fall an. (Begründung anliegend.)

---

Ort, Datum

---

Stempel, Unterschrift der Krankenkasse

**Erklärung des Patienten zum Off-Label-Use:**

Hiermit erkläre ich, dass ich von meinem Arzt darüber informiert worden bin, dass das oben genannte Arzneimittel außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung bei mir eingesetzt wird und dass ich deshalb beim eventuellen Auftreten unerwünschter Wirkungen nicht mit der Produkthaftung des Herstellers rechnen kann.

Ich wurde von meinem Arzt über die medizinischen und rechtlichen Aspekte beim Einsatz dieses Arzneimittels in einem persönlichen Gespräch umfassend informiert. Meine Fragen hierzu habe ich stellen können; diese sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Daher verzichte ich rechtsverbindlich auf die Haftung meines verordnenden Arztes wegen der Anwendung des Arzneimittels außerhalb der Zulassung, sogenannter Off-Label-Use.

Ich wünsche die Behandlung mit dem Arzneimittel ..... außerhalb der zugelassenen Indikation. Sollte meine Krankenkasse einer Verordnung auf einem Rezept zu ihren Lasten nicht zustimmen, wünsche ich ausdrücklich eine Verordnung auf einem Privatrezept.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt diesen Antrag mit meinen persönlichen Daten bei meiner Krankenkasse einreicht.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten

## 5.2 Berücksichtigung teurer Einzelfälle bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneiverordnung

Datum: \_\_\_\_\_

Prüfungsstelle  
Arbeitsgemeinschaft  
Wirtschaftlichkeitsprüfung Brandenburg GbR  
Postfach 60 07 14  
14407 Potsdam

### Berücksichtigung teurer Einzelfälle bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneiverordnung

Arztnummer: \_\_\_\_\_

Quartal/Jahr: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

im oben genannten Abrechnungszeitraum hatte ich die im Folgenden genannten kostenintensiven Therapiemaßnahmen durchzuführen, die die Kosten fachgruppentypischer Behandlung erheblich übersteigen. Alle Behandlungen waren medizinisch gesichert indiziert und unabweisbar notwendig.

Praxisschwerpunkte sind vor allem:

- Osteoporosetherapie (Fälle/Euro)
- Asthmatherapie (Fälle/Euro)
- Kostenintensive Migräneanfälle (Fälle/Euro)
- Thromboseprophylaxe (Euro) und einige
- Enterale Ernährungsfälle außerhalb der PEG-Sonde
- Sonstige Arzneimittelgruppen: \_\_\_\_\_

Anliegend stelle ich zu diesen Verordnungsfällen beispielhaft Einzelfälle dar.

Preisgünstigere Alternativtherapien waren nicht möglich, beziehungsweise hatten sich als nicht ausreichend wirksam erwiesen.

Ich bitte Sie, die genannten Kosten bei einer eventuellen Überprüfung der Wirtschaftlichkeit meiner Verordnungsweise als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

An die  
Praxisstelle für die Wirtschaftlichkeit  
Der vertragsärztlichen Versorgung

---

(Straße/Postfach)

---

(PLZ)

---

(Ort)

---

Betrifft: Arztnummer

---

Widerspruch gegen den Bescheid der Prüfungsstelle vom

Verordnungsbereich \_\_\_\_\_

Prüfzeitraum \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich fristgerecht Widerspruch gegen o. g. Maßnahme ein.

Meine Widerspruchsbegründung werde ich nachreichen.

Entsprechend § 25 SGB X bitte ich zunächst um Akteneinsicht. Teilen Sie mir bitte einen Termin mit, an dem ich alle Unterlagen, die zur o. g. Maßnahme geführt haben, zur Vorbereitung meiner Widerspruchsbegründung einsehen kann. Nach einer Entscheidung des LSG Hessen habe ich Anspruch auf Vorlage der sogenannten „erweiterten Arzneimittelstatistik“ nach Anlage 6 Bundesmantelvertrag (L 4 KA 34/06). Bitte senden Sie mir diese Statistik für eine fundierte Stellungnahme zu.

Bitte teilen Sie mir darüber hinaus mit, welche Praxisbesonderheiten Sie berücksichtigt und welche wertmäßigen Korrekturen am Fallwert Sie deshalb vorgenommen haben. Außerdem bitte ich um Einsicht in die elektronisch übermittelten Verordnungsdaten/ Original-Verordnungsblätter bzw. Printimages \* sowie die Anforderungen des Praxisbedarfes für das o. g. Quartal/Jahr.

Sollte meine inhaltliche Stellungnahme nicht ausreichen, um mich von jeglichen Ersatzverpflichtungen zu befreien, verweise ich auf § 106 Abs. 5e SGB V und mache vom Grundsatz „Beratung vor Regress“ Gebrauch.

Mit freundlichen Grüßen

\* nicht zutreffendes bitte streichen