

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

Teil A)

Im Verordnungsjahr 2017 wird als Vereinbarung gemäß §106b Abs. 1 SGB V eine statistische Auffälligkeitsprüfung jeweils für Arzneimittel und Heilmittel nach Richtgrößen durchgeführt. Die Vorgaben aus der jeweiligen Richtgrößenvereinbarung sowie die der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V sind zu beachten.

- (1) Die statistischen Auffälligkeitsprüfungen sind für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen. Sie sollen für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden.
- (2) Die Prüfungsstelle bestimmt diejenigen Ärzte, die ihr Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. überschritten haben und führt zunächst im Rahmen der Vorabprüfung eine Prüfung der Einhaltung der Zielwerte gemäß der jeweils gültigen Zielvereinbarung durch. Bei Einhaltung eines Zielwertes gemäß der jeweils gültigen Zielvereinbarung durch den Vertragsarzt wird vor Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens das gesamte Verordnungsvolumen der entsprechenden Indikationsgruppe/Arzneimittelgruppe bzw. Leistungsarten/Heilmittelgruppe vom Verordnungsvolumen des Vertragsarztes (Ist) abgezogen.

Dieser Abzug wird nicht vorgenommen, wenn seitens der Prüfungsstelle begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen trotz Einhaltung des Zielwertes bestehen (z. B. bei unwirtschaftlicher Mengenausweitung lediglich zum Zwecke der Zielerreichung; unwirtschaftliche Ausweitung des Originalpräparateanteils).

Im Fall des Abzugs aufgrund der Zielerreichung erfolgt keine weitere Berücksichtigung der Kosten dieses Arznei- oder Heilmittels als Praxisbesonderheit.

Inhalt der Vorabprüfung ist die Anerkennung folgender Praxisbesonderheiten:

- Anlage 1.1 der Prüfvereinbarung
- Anlage 1.1 b der Prüfvereinbarung
- Anlage 1.2 (Vereinbarung bundesweiter besonderer Verordnungsbedarfe für Heilmittel nach § 106b Absatz 2 Satz 4 SGB V) der Prüfvereinbarung
- Anlage 1.2 a (landesspezifische Praxisbesonderheiten für Heilmittel) der Prüfvereinbarung

Eine darüber hinausgehende Berücksichtigung kann im Prüfverfahren beantragt werden. Außerdem können anerkannte Praxisbesonderheiten aus den unmittelbar vorangegangenen Prüfzeiträumen von der Prüfungsstelle berücksichtigt werden.

Übersteigt das Verordnungsvolumen eines Vertragsarztes im Prüfungszeitraum das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. und geht die Prüfungsstelle nicht davon aus, dass diese Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung), berät die Prüfungsstelle den Vertragsarzt über Fragen zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung, insbesondere zur Einhaltung der Zielquoten. Die Beratung soll innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung erfolgen. Grundlage der Beratungen sind Übersichten über die vom Vertragsarzt im Prüfzeitraum verordneten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können hinzugezogen werden.

- (3) Vor der Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens (Soll) sollen die Auswirkungen von Verträgen nach § 73b oder § 140a SGB V in der Richtgrößenprüfung berücksichtigt werden.

- (4) Verordnungen von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.
Derartige Kosten werden entweder durch die Krankenkassen der Prüfungsstelle gemeldet oder die Verordnungskosten um diese Kosten beim jeweiligen Arzt vor Lieferung der Daten an die Prüfungsstelle durch die Krankenkassen bereinigt.
- (5) In Umsetzung der Rahmenvorgaben Arzneimittel vom 30.09.2016 sind die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere) in dem Verordnungsjahr 2017 nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Die Verordnungskosten der ab dem 01.01.2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Hepatitis-C-Behandlung (mit den Wirkstoffen Sofosbuvir, Simeprevir, Daclatasvir und weitere) sind daher von den Gesamtkosten (IST) vor der Feststellung der Überschreitung des fachgruppenbezogenen Richtgrößenvolumens in Abzug zu bringen.
- (6) Soweit Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel bei der Berechnung der Richtgrößen für den Prüfzeitraum in der Richtgrößenvereinbarung ausgeschlossen wurden, sind deren Kosten vor der Feststellung des Überschreitungsvolumens beim einzelnen Vertragsarzt in Abzug zu bringen.
- (7) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist auch die Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V zu prüfen. Soweit dabei Nutzen und Kosten von Arzneimitteln (§ 35b Abs. 1 SGB V) geprüft werden, sind die verschlüsselten Diagnosen behandlungsfallbezogen hinzuzuziehen.
- (8) Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, erkennt die Prüfungsstelle entsprechend § 130b Abs. 2 SGB V als Praxisbesonderheit an, wenn der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten hat. Diese Anforderungen sind in den Anlagen der Verträge nach § 130b Abs. 1 SGB V aufgeführt. Die Anforderungen sind in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V zu hinterlegen. Für den Fall, dass die Anforderungen nicht in den Programmen zur Verordnung von Arzneimitteln nach § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V hinterlegt werden können, informiert die KVT die Ärzte über die Anforderungen.
- (9) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit innerhalb der Praxisbesonderheiten die Anlehnung an die Kostenstruktur der Vergleichsgruppe zulässig, soweit andere vergleichende Methoden nicht zur Verfügung stehen oder bekannt sind.
- (10) Die durch den Vertragsarzt geltend gemachten Praxisbesonderheiten sind zu begründen. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten kann nur durch die Prüfungseinrichtungen erfolgen. Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche für die Vergleichsgruppe nach der aktuellen Richtgrößenvereinbarung von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungskosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert. Zusätzlich kann auch eine von der Vergleichsgruppe abweichende Altersstruktur der Versicherten bewertet und die Auswirkungen auf das Verordnungsvolumen bei Arznei- und Verbandmitteln bzw. Heilmitteln bestimmt werden.
Die Prüfung und Anerkennung der nachgewiesenen Mehrkosten für Verordnungen im Rahmen der DMP, die dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes entstanden sind, erfolgt durch die Prüfeinrichtungen. Diese sind als Praxisbesonderheiten zu werten.

Mehrkosten bei zulässiger Mitversorgung (im Rahmen des Fachgebietes) aus anderen Fachgebieten aus Sicherstellungsbedarf können ebenfalls berücksichtigt werden. Weitere Praxisbesonderheiten können Wirkstoffe der Anlage 1.1a (Nutzenbewertete Arzneimittel) der Prüfvereinbarung sein.

Die Quantifizierung aller durch die Prüfungseinrichtungen anerkannten Praxisbesonderheiten ist in der Regel auf die Höhe der dadurch gegenüber der Vergleichsgruppe bedingten Mehrkosten je Fall begrenzt. Abweichend davon sind insbesondere

- die für die Heilmittel der Anlage 1.2 definierten Praxisbesonderheiten vollständig,
- die Arzneimittel, für die in der jeweiligen Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 S. 1, Abs. 2 SGB V eine Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen ist, entsprechend der jeweiligen Vereinbarung zu berücksichtigen.

Die Vertragspartner kommen überein, die Anlagen 1.1, 1.1a und 1.2a jährlich zu aktualisieren.

- (11) Soweit erstmalig im Ergebnis der Richtgrößenprüfung unbegründeter Mehraufwand größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) festgestellt wurde, wird über das Verfahren ein Bescheid erstellt, der eine individuelle Beratung für die betroffene Praxis nach § 106b Abs. 2 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V festsetzt. Dies gilt für Arzneimittel und Heilmittel gesondert. Ein Erstattungsbetrag wird nicht festgesetzt. Die Feststellung unbegründeten Mehraufwandes nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten größer 25 v. H. in der Richtgrößenprüfung erfolgt durch die Prüfungsgremien.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt vor, wenn bisher:

- weder eine individuelle Beratung des Arztes nach § 106b Abs. 2 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,
- noch eine „Nachforderung“ (Erstattung des Mehraufwandes im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) oder Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt auch vor, wenn eine individuelle Beratung nach Absatz 11 Satz 1 oder § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung), oder ein „Nachforderung“ nach § 106 SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) länger als 5 Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurückliegen.

Die individuelle Beratung als Maßnahmen nach § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V gilt als nicht erfolgt, wenn der Bescheid, mit dem die Beratung festgesetzt wurde, rechtskräftig aufgehoben wurde.

Die individuelle Beratung kann frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides erfolgen. Sie soll spätestens 6 Monate nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides durchgeführt worden sein.

Die Durchführung und die Inhalte der individuellen Beratung sind zu dokumentieren.

Die individuelle Beratung erfolgt schriftlich durch die Prüfungsstelle mit dem zusätzlichen Angebot einer ergänzenden mündlichen Beratung innerhalb von 3 Monaten nach Zugang der schriftlichen Beratung der Prüfungsstelle. Die schriftliche individuelle Beratung gilt mit Zustellung des Dokumentes zur schriftlichen Beratung als erfolgt. Für die Feststellung des Prüfzeitraumes nach einer Beratung ist der Zeitpunkt der Zustellung der schriftlichen Beratung maßgeblich.

Die individuelle Beratung hat fachlich qualifiziert zu erfolgen. Das Nähere regeln die Vertragspartner.

Im Rahmen der individuellen Beratung können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten oder bei Heilmitteln von Praxisbesonderheiten sowie besonderen Verordnungsbedarfen beantragen.

Die Inhalte und der Hergang der mündlichen Beratung sind zu protokollieren. Im Protokoll werden mindestens folgende Sachverhalte festgehalten:

- Benennung der vom Arzt zusätzlich beantragten Praxisbesonderheiten oder bei Heilmitteln zusätzlich von besonderen Verordnungsbedarfen
- Benennung der Einsparmöglichkeiten (Wirtschaftlichkeitsreserven) auf Basis der getroffenen Entscheidung
- Aufnahme und Bewertung der vom Arzt abgegebenen Erwiderungen/Begründungen zu den benannten Einsparmöglichkeiten
- Auseinandersetzung zum Erfüllungsstand der vereinbarten Zielquoten.

Das Protokoll ist dem betroffenen Arzt, der KVT und den Verbänden der Krankenkassen innerhalb eines Monats zur Verfügung zu stellen. In Folgeverfahren sind von der Prüfungsstelle bzw. vom Beschwerdeausschuss das Protokoll und ggf. die Dokumentation in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Die Prüfungsstelle prüft, ob der Prüfbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen wird, wenn der Arzt und der die Beratung Durchführende im Rahmen der Beratung übereinstimmend zu der Einschätzung gelangen, dass eine Festsetzung der Beratung nicht hätte erfolgen dürfen.

Eine weitere Maßnahme im Rahmen einer statistischen Prüfung kann erstmals für den Prüfzeitraum nach einer erfolgten individuellen Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt oder die Beratungstermine nicht wahrgenommen hat.

Zusätzlich kann der Arzt zu Fortbildungen bzw. Schulungen verpflichtet werden.

Die Prüfungsstelle hat den Vertragsarzt im Rahmen der Aufforderung zur Stellungnahme darüber in Kenntnis zu setzen, welche Praxisbesonderheiten im Rahmen der Vorabprüfung berücksichtigt wurden. Weiterhin hat die Prüfungsstelle den Vertragsarzt im Rahmen der Aufforderung zur Stellungnahme auch darüber in Kenntnis zu setzen, aus welchen Gründen der Abzug bei der Prüfung der Einhaltung der Zielwerte nicht vorgenommen wurde.

Die Prüfungsgremien können bei Feststellung unbegründeten Mehraufwandes größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) Nachforderungen, erstmals für den Prüfzeitraum nach einer erfolgten individuellen Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festsetzen. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat oder die Beratungstermine nicht wahrgenommen hat. Die Festsetzung eines Nachforderungsbetrages unter Beachtung des § 5 Abs. 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V kann bei Feststellung unbegründeten Mehraufwandes größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) erfolgen.

Für die erstmalige Nachforderung der Mehrkosten setzen die Prüfungseinrichtungen einen Betrag von nicht mehr als 12.500 Euro fest. Vor der Festsetzung haben die Prüfungseinrichtungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinzuwirken, die eine Minderung der Nachforderung um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann.

- (12) Bei der Festsetzung einer Nachforderung ist die arztindividuelle Netto/Brutto-Quote zugrunde zu legen.

Zur Festlegung des den Krankenkassen zu erstattenden Nachforderungsbetrages (Netto) sind Zuzahlungen und Rabatte stufenweise vom festgestellten Mehraufwand abzuziehen. Dieses erfolgt durch die Absetzung der von den Krankenkassen übermittelten Beträge für Zuzahlungen und gesetzliche Rabatte. Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V aufgrund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, werden wie folgt berücksichtigt:

- a) Die Krankenkassen liefern die um Rabatte aus Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V bereinigten Nettowerte oder
 - b) die Krankenkassen melden jeweils separat an die Prüfungsstelle die PZN der rabattierten Arzneimittel sowie den Rabattprozentsatz bzw. die ersparten Aufwendungen aus Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V oder
 - c) Abzug von pauschal 14,5 % auf die entsprechenden rabattierten Arzneimittel (Pharmazentralnummern/ATC) aus Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V, soweit derartige Verträge für die Krankenkasse existieren und keine Berücksichtigung nach Punkt a oder b erfolgt ist, oder
 - d) Abzug von 6 % des Gesamtverordnungsvolumens des Arztes bei der jeweiligen Krankenkasse, die keine Meldung zu Rabattverträgen erstattet.
- (13) Die Festsetzung einer Nachforderung muss innerhalb von 2 Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraumes erfolgen.
- (14) Ärzte, welche sich erstmals seit 2 Jahren vor dem Prüfzeitraum niedergelassen haben bzw. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden im Verordnungszeitraum 2017, wenn sie in die Prüfung einbezogen wurden, durch die Vertragspartner insbesondere zu Wirtschaftlichkeitszielen im Rahmen einer Niederlassungsberatung informiert. Sie erhalten in den ersten beiden Prüfzeiträumen nach Niederlassung keine Nachforderungen im Falle von festgestellten Unwirtschaftlichkeiten. Hierzu erfolgen zunächst Beratungen durch die Vertragspartner. Diese gelten nicht als Beratung im Sinne des Absatzes 11.

Anlage 1.1

Anlage 1.1a

Anlage 1.1b

Anlage 1.2

Anlage 1.2a

Teil B)

Für Verordnungen ab dem 01.01.2018 werden Zielquotenprüfungen durchgeführt. Die Vertragspartner streben Folgendes an:

- (1) Die Ziele im Arzneimittelbereich werden im Rahmen der Vereinbarungen nach § 84 SGB V jährlich festgelegt. Die Ziele sollen in der Regel mindestens 50 % der DDD oder 50 % der Kosten der entsprechenden Prüfgruppen der KV Thüringen umfassen. Der Zielwert wird in einem prozentualen Anteil auf Basis von DDD von Zielsubstanzen (ZS) zu Nichtzielsubstanzen (NZS) zuzüglich Zielsubstanzen festgelegt.

$$\text{Zielwert Ziel A} = \frac{\text{DDD ZS Ziel A} \times 100\%}{(\text{DDD ZS Ziel A} + \text{DDD NZS Ziel A})}$$

- (2) Die Ziele im Heilmittelbereich werden im Rahmen der Vereinbarungen nach § 84 SGB V jährlich festgelegt. Der Zielwert wird in einem prozentualen Anteil auf Basis von Behandlungseinheiten von Zielheilmitteln (ZHM) zu Nichtzielheilmitteln (NZH) zuzüglich Zielheilmitteln festgelegt.

$$\text{Zielwert Ziel H} = \frac{\text{Behandlungseinheiten ZHM Ziel H} \times 100\%}{(\text{Behandlungseinheiten ZHM Ziel H} + \text{Behandlungseinheiten NZH Ziel H})}$$

- (3) Der Zielwert (außer bei Rabattquoten nach Punkt 7) je Ziel liegt bis auf weiteres beim Median des Vorvorjahres/Vorvorhalbjahres¹ der Prüfgruppe. Dieser Zielwert² gilt auch bei Ärzten aus Prüfgruppen, die die vom Zielwert umfassten Arzneimittel/Heilmittel nur gelegentlich verordnen, aber die Verordnungsmengen nach Punkt 16 überschreiten. Die Festlegung der Prüfgruppen obliegt den Vertragspartnern. Die KV Thüringen stellt den Krankenkassen und der Prüfungsstelle eine aktuelle Übersicht Prüfgruppe und dazugehörige LANR zur Verfügung.

¹ Für die Zielwerte des Jahres 2017 werden die Daten aus 2015 (ggf. 1. Halbjahr 2015) zu Grunde gelegt.

² Gemeinsamer KVT-Referenzwert (Medianwert über alle VO) für Prüfgruppen mit statistisch nicht auswertbaren Zielen

- (4) Sofern sich Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Verordnung aufgrund einer Mengenausweitung zum Zwecke der Zielwerterreichung bestätigen, bleiben diese unwirtschaftlichen Verordnungen (in DDD bzw. Behandlungsanteilen je Behandlungsfall) bei der Ist-Quotenfeststellung unberücksichtigt.
- (5) Arzneimittel, für welche die Krankenkasse einen Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V/130c SGB V geschlossen hat, und die zu den Nichtzielsubstanzen gehören, werden bei der Feststellung der Quotenerreichung mit einem DDD Abschlag von 0,x³ auf jede zu wertende DDD zu Gunsten des Arztes berücksichtigt. 1 DDD wird somit mit 0,y³ DDD in den betreffenden Zielen gewertet. Die ermittelte Prüfgrenze nach Absatz 8 bleibt hiervon unberührt.

$$\text{Zielerfüllung Ziel A} = \frac{\text{DDD ZS Ziel A} \times 100\%}{(\text{DDD ZS Ziel A} + \text{DDD NZS nichtrabattiert Ziel A} \times 1 + \text{DDD NZS rabattiert Ziel A} \times 0, y)}$$

- (6) Die Vertragspartner können sich auf Rabattquoten als Wirtschaftlichkeitsziele verständigen. Die Vertragspartner können bestimmen, dass die Erfüllung dieser Rabattquoten zur Befreiung oder Teilbefreiung von der Zielquotenprüfung führen.
- (7) Die Prüfungsstelle stellt den Grad der Zielerreichung jährlich je Arzt und Ziel fest. Erreicht der Arzt seine Ziele wird er nicht nach Zielquoten geprüft. Für Ärzte, die die Ziele nicht erreichen, wird eine Zielquotenprüfung durchgeführt. Über eine Wichtung bzw. Saldierung der Ziele in Abhängigkeit von den betroffenen DDD und Kosten verständigen sich die Vertragspartner.
- (8) Für die Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die von den Vertragspartnern zu definierende Prüfgrenze maßgeblich. Die Prüfgrenze in jedem Ziel wird durch die Prüfungsstelle berechnet. Sie ermittelt sich jeweils aus denjenigen 15 % Unterschreitern der Prüfgruppe, die am weitesten vom jeweiligen Zielwert entfernt sind.
- (9) Maximal 5 % der Ärzte einer Prüfgruppe werden geprüft. Die Prüfungsstelle trifft die Auswahl unter Berücksichtigung der von den Vertragspartnern vorgegebenen Kriterien (z. B. Patientenstruktur und tatsächliche Relevanz einer Quotenverfehlung) einschließlich der Punkte 7 und 8.
- (10) Nach Feststellung der Unwirtschaftlichkeit erfolgt die Berücksichtigung der bundesweiten Praxisbesonderheiten (s. § 7 Prüfvereinbarung) bzw. besonderer Ordnungsbedarfe. Weitere Praxisbesonderheiten können im Prüfverfahren vom Arzt individuell beantragt werden. Über den genauen Ablauf der Zielquotenprüfung verständigen sich die Vertragspartner.
- (11) Bei erstmaliger Auffälligkeit eines Arztes erfolgt eine individuelle Beratung ggf. in Verbindung mit einer Fortbildungsverpflichtung. Es gelten die Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V.
- (12) Wird dem Arzt innerhalb von 5 Jahren nach dem geprüften Ordnungszeitraum erneut im Prüfverfahren Unwirtschaftlichkeit nachgewiesen, zahlt der Arzt eine pauschalierte Nachforderung. Die pauschalierte Nachforderung ist abhängig vom Ordnungsvolumen und dem Grad der Zielverfehlung. Über das Nähere verständigen sich die Vertragspartner.
- (13) Bezüglich der Ärzte, welche sich erstmals niederlassen bzw. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden in den ersten beiden Prüfzeiträumen durch die Ver-

³ Wert in Überprüfung

tragspartner geeignete Steuerungsmaßnahmen (wie z. B. Niederlassungsberatung insbesondere zu Wirtschaftlichkeitszielen) festgelegt. Sie erhalten in den ersten beiden Prüfzeiträumen der Niederlassung keine pauschalierten Nachforderungen im Falle von festgestellten Unwirtschaftlichkeiten im Rahmen dieser Anlage. Hierzu erfolgen zunächst Beratungen durch die Vertragspartner. Diese gelten nicht als Beratung im Sinne des Absatzes 11.

- (14) Arzneimittel und Heilmittel, welche bei Ärzten mit Zielwerten nicht von diesen umfasst sind, können nach anderen Prüfungsarten, mit Ausnahme von Zufälligkeitsprüfungen, dieser Prüfvereinbarung geprüft werden.
- (15) Bei Ärzten ohne Ziele oder mit weniger als 5.000 DDD (Medikationskatalog) und weniger als 2.000 DDD (Ziele ohne Medikationskatalog summiert) Jahresverordnungsmengen bzw. weniger als 200 Heilmittel-Behandlungseinheiten pro Jahr in den Zielfeldern können Verordnungsfallwertprüfungen durchgeführt werden. Es gelten die Anlagen der Praxisbesonderheiten 1.1, 1.1a, 1.2, 1.2a. Die Praxisbesonderheiten umfassen keine Wirkstoffe, für die Ziele bestimmt sind. Das Nähere regeln die Vertragspartner.
- (16) Ärzte mit Gesamtverordnungsmengen pro Jahr von weniger als 5.000 DDD und Heilmittelbehandlungen von weniger als 200 Behandlungseinheiten werden nicht nach dieser Anlage geprüft.
- (17) Die Vertragspartner unterstützen die Beratungen mit flankierenden Maßnahmen.
- (18) Die Vertragspartner arbeiten innerhalb der Prüfzeiträume gemeinsam an der Bewertung und weiteren Anpassung der Ziele und Zielwertbereiche für künftige Prüfzeiträume.
- (19) Als Arzt im Sinne dieser Anlage gelten bei Arztpraxen bzw. Berufsausübungsgemeinschaften/MVZ mit mehreren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten alle Ärzte der gleichen Prüfgruppe als gemeinsame Prüfeinheit.

Anlage 1.1

Anlage 1.1a

Anlage 1.2

Anlage 1.2a