

Vereinbarung

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Berlin**
(nachstehend als „KV Berlin“ bezeichnet)
und

der **AOK Berlin – Die Gesundheitskasse**

dem **Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V. (VdAK)**
- Landesvertretung Berlin -

dem **AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.**
- Landesvertretung Berlin -

der **Bundesknappschaft in Bochum**
vertreten durch die AOK Berlin

dem **BKK-Landesverband Ost**
- Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg -

der **IKK Brandenburg und Berlin**

der **Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung in Berlin, vertreten durch die IKK Brandenburg und Berlin**

(nachstehend als „Verbände der Krankenkassen“ bezeichnet)

über die Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (§ 106 SGB V).

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt 1: Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Grundsätze
- § 2 Einrichtungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- § 3 Rechte und Pflichten der Ausschussmitglieder
- § 4 Vorbereitung der Sitzungen
- § 5 Beschlussfähigkeit, Vorsitz, rechtliches Gehör
- § 6 Verfahren vor dem Prüfungs- und Beschwerdeausschuss
- § 7 Protokollführung, Erstellung der Bescheide
- § 8 Aufgaben der Prüfungsgremien, Praxisbesonderheiten, Kompensatorische Einsparungen

Abschnitt 2: Auffälligkeitsprüfungen

Unterabschnitt 2.1: Prüfung der Behandlungstätigkeit

- § 9 Durchführung der Prüfung
- § 10 Art und Inhalt der Prüfunterlagen
- § 11 Aufgreifkriterien
- § 12 Rechnerische und sachliche Beanstandungen

Unterabschnitt 2.2: Prüfung der Verordnungstätigkeit

- § 13 Art und Inhalt der Prüfunterlagen für verordnete Arznei- und Verbandmittel sowie Sprechstundenbedarf
- § 14 Art und Inhalt der Prüfunterlagen für verordnete Heilmittel
- § 15 Art und Inhalt der Prüfunterlagen für verordnete Hilfsmittel
- § 16 Art und Inhalt für verordnete Krankenhauspflege (Krankenhauseinweisungen)

§ 17 Art und Inhalt der Prüfunterlagen zu Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

§ 18 Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen

§ 19 Ersatzweise Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten

Abschnitt 3: Zufälligkeitsprüfungen

§ 20 unbesetzt

§ 21 unbesetzt

§ 22 unbesetzt

§ 23 unbesetzt

Abschnitt 4: Verfahren auf Feststellung eines sonstigen Schadens und Prüfung in besonderen Fällen

§ 24 Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens

§ 25 Prüfung in besonderen Fällen

§ 26 Durchsetzung der Schadenersatzansprüche

Abschnitt 5: Salvatorische Klausel, Inkrafttreten, Kündigung

§ 27 Salvatorische Klausel

§ 28 Inkrafttreten

§ 29 Kündigung

Abschnitt 1:
Allgemeine Bestimmungen

§ 1
Grundsätze

1. Diese Vereinbarung regelt die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der KV Berlin gem. § 106 SGB V. *In die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen ist ferner die ärztliche Versorgung für die Personen, für die eine Krankenkasse nach § 264 SGB V die Krankenbehandlung auf der Grundlage des § 38 Abs. 4 BSHG übernommen hat.* *
2. Als Vertragsarzt im Sinne dieser Vereinbarung gelten zugelassene und ermächtigte Ärzte, zugelassene und ermächtigte psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und zugelassene Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V sowie am Ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmende Nicht-Vertragsärzte (nachfolgend Vertragsarzt genannt).

§ 2
Einrichtungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung

1. Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 106 SGB V bilden die Vertragspartner bei der KV Berlin je einen gemeinsamen Prüfungs- und Beschwerdeausschuss (im folgenden Prüfungsgremien genannt).
2. Den Prüfungsgremien gehören je 3 Vertreter der Vertragsärzte und je 3 Vertreter der Verbände der Krankenkassen an.
3. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Verbänden der Krankenkassen, die Vertreter der Vertragsärzte nach Wahl durch die Vertreterversammlung von der KV Berlin benannt.

* Diese Bestimmung wird nicht angewandt, solange die Klage der KV Berlin gegen die Entscheidung des Landesschiedsamtes anhängig ist und die Anordnung der aufschiebenden Wirkung fort dauert

4. Die Amtsperiode der Mitglieder der Prüfungsgremien beträgt vier Jahre und stimmt mit derjenigen des Vorstandes der KV Berlin überein.
5. Die Mitglieder bleiben nach Ablauf der Amtsperiode im Amt bis ihre Nachfolger eintreten.
6. Unbeschadet der Absätze 4 und 5 haben die KV Berlin nach Abwahl durch die Vertreterversammlung und die Verbände der Krankenkassen das Recht, die jeweils von ihnen entsandten Mitglieder von ihrem Amt zu entbinden.
7. Wer als Mitglied eines Prüfungsausschusses tätig geworden ist, darf in derselben Sache nicht als Mitglied des Beschwerdeausschusses tätig werden.
8. Zur Führung der laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsgremien errichten die Vertragspartner gem. § 106 SGB V bei der KV Berlin eine Geschäftsstelle.
9. Die Kosten der Geschäftsstelle und die sonstigen im Zusammenhang mit dem Tätigwerden der Prüfungsgremien anfallenden Verwaltungskosten werden von der KV Berlin zur Hälfte getragen. Die andere Hälfte teilen sich die übrigen Vertragspartner. Für das Erstellen der nach den §§ 296 und 297 SGB V zu liefernden Unterlagen werden gegenseitig keine Kosten geltend gemacht.

§ 3

Rechte und Pflichten der Ausschussmitglieder

1. Die Mitglieder der Prüfungsgremien sind bei der Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden und haben ihr Amt unparteiisch auszuüben. Über den Hergang der Beratungen und die Abstimmung haben alle Beteiligten auch nach Beendigung ihres Amtes Stillschweigen im Rahmen des Sozialgeheimnisses (§ 35 SGB I) zu bewahren.
2. Die Mitglieder der Prüfungsgremien sowie die Mitwirkenden haben gegenüber der entsendenden Körperschaft die Erklärung nach dem Gesetz über die förmliche

Verpflichtung nicht beamteter Personen und die Erklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz abzugeben. Die erforderlichen Erklärungen der Nichtausschussmitglieder werden von der Geschäftsstelle der Prüfungsgremien vor Beginn der jeweiligen Sitzung eingeholt.

3. Der Ausschluss eines Mitglieds der Prüfungsgremien wegen der Besorgnis der Befangenheit richtet sich nach §§ 17 Abs. 2, 16 Abs. 4 SGB X.
4. Die Entschädigung der Mitglieder der Prüfungsgremien für ihre Tätigkeit erfolgt durch die entsendenden Körperschaften. Die Höhe richtet sich nach den bei diesen Körperschaften geltenden Entschädigungsregelungen.

§ 4

Vorbereitung der Sitzungen

1. Die Geschäftsstelle legt im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden die Termine und die Tagesordnung der Ausschusssitzungen fest. Über Anträge auf Verlegung eines Verhandlungstermins entscheidet der Vorsitzende. Werden wiederholt Verlegungsanträge in dem selben Verfahren gestellt, entscheidet hierüber das Prüfungsgremium.
2. Die Geschäftsstelle lädt die Mitglieder der Prüfungsgremien im Auftrag des Vorsitzenden zu den Sitzungen ein. Sie übermittelt ihnen rechtzeitig die zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit notwendigen Unterlagen.
3. Für jeden zu prüfenden Fall wird aus den Mitgliedern des jeweiligen Prüfungsgremiums ein ärztlicher Berichterstatter benannt, der den Sachverhalt vorträgt und einen Beschlussvorschlag unterbreitet. Die Auswahl des Berichterstatters nimmt die Geschäftsstelle im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden vor. Andere Sachverständige dürfen nur hinzugezogen werden, wenn das Prüfungsgremium dies beschlossen hat.

§ 5

Beschlussfähigkeit, Vorsitz, rechtliches Gehör

1. Die Prüfungsgremien entscheiden durch Beschluss, der in der Sitzung getroffen wird. Die Sitzungen der Prüfungsgremien sind nicht öffentlich.
2. Ein Prüfungsgremium ist beschlussfähig, wenn alle in § 2 Nr. 2 genannten Vertreter anwesend sind. Ausnahmsweise ist ein Prüfungsgremium auch dann beschlussfähig, wenn zumindest je 2 Vertreter der Ärzte und der Verbände der Krankenkassen anwesend sind. Fehlt auf einer Seite einer von drei Vertretern, so nehmen an der Abstimmung auf der anderen Seite ebenfalls nur zwei Vertreter teil. Dies gilt auch, wenn ein Mitglied wegen Befangenheit von einem Verfahren ausgeschlossen wurde, es sei denn, das Prüfungsgremium beschließt, das betreffende Verfahren von der Tagesordnung abzusetzen und mit einem unbefangenen Vertreter fortzusetzen.
3. Die Prüfungsgremien beschließen mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Stimmenthaltung ist nicht zulässig.
4. Ist ein Prüfungsgremium trotz ordnungsgemäßer Ladung nicht beschlussfähig, sind die Ausschussmitglieder zu einer neuen Sitzung zu laden, die innerhalb von zwei Wochen stattzufinden hat. Das Prüfungsgremium beschließt bei ordnungsgemäßer Ladung in der neu anzuberaumenden Sitzung mit den Stimmen der an der Sitzung teilnehmenden Mitglieder, sofern einschließlich des Vorsitzenden mindestens zwei Vertreter der Ärzte und zwei Vertreter der Krankenkassen anwesend sind.
5. Den Vorsitz in den Prüfungsgremien führt jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte bzw. ein Vertreter der Verbände der Krankenkassen. Der Vorsitzwechsel erfolgt jährlich zum 1. Oktober. Führt den Vorsitz im Prüfungsausschuss ein Vertreter der Ärzte, so führt im Beschwerdeausschuss ein Vertreter der Verbände der Krankenkassen den Vorsitz.

6. Der jeweilige Vorsitzende hat darauf hinzuwirken, dass der Sachverhalt aufgeklärt wird. Die Prüfungsgremien erheben die ihnen erforderlich erscheinenden Beweise. Dem zu prüfenden Arzt ist rechtliches Gehör zu gewähren. Im Übrigen gelten für das Verfahren die Vorschriften des 10. Sozialgesetzbuches (SGB X).

§ 6

Verfahren vor dem Prüfungs- und Beschwerdeausschuss

1. Das Verfahren vor dem Prüfungsausschuss ist grundsätzlich schriftlich. Der Prüfungsausschuss kann eine mündliche Verhandlung anberaumen, zu der die am Verfahren Beteiligten mit einer Ladungsfrist von mindestens zwei Wochen geladen werden müssen. Bei Ausbleiben eines ordnungsgemäß Geladenen kann nach Lage der Akten entschieden werden, wenn in der Ladung darauf hingewiesen wurde.
2. Über den Widerspruch eines Beteiligten gegen eine Entscheidung des Prüfungsausschusses entscheidet der Beschwerdeausschuss. Die am Verfahren Beteiligten sind zu hören. Sie sind mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu laden. Bei Ausbleiben eines ordnungsgemäß Geladenen kann nach Lage der Akten entschieden werden, wenn in der Ladung darauf hingewiesen wurde.

§ 7

Protokollführung, Erstellung der Bescheide

1. Von jeder Sitzung des Prüfungsgremiums ist ein Ergebnisprotokoll zu erstellen, das von dem protokollführenden Mitarbeiter der Geschäftsstelle und dem Vorsitzenden unterzeichnet wird.
2. Der protokollführende Mitarbeiter der Geschäftsstelle erstellt nach erfolgter Beschlussfassung in Abstimmung mit dem Vorsitzenden den Bescheid im Entwurf. Der Bescheid ist vom Vorsitzenden zu unterzeichnen.
3. Vor Bekanntgabe des schriftlichen Bescheids werden keine Auskünfte zum Prüfverfahren erteilt.

4. Ausfertigungen des Bescheides erhalten der betroffene Vertragsarzt, die jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen in zweifacher Ausfertigung, ggf. eine antragstellende Krankenkasse sowie die KV Berlin.
5. Wird gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses Klage erhoben, so wird der Beschwerdeausschuss im sozialgerichtlichen Verfahren von seinem Vorsitzenden vertreten. Der Vorsitzende kann eine Vollmacht erteilen. Soweit dem Beschwerdeausschuss die gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits und des Widerspruchsverfahrens auferlegt werden, tragen die Vertragspartner diese Kosten nach Maßgabe des § 2 Nr. 9 der Vereinbarung. Im Übrigen machen die am Sozialgerichtsverfahren beteiligten Körperschaften des öffentlichen Rechts und die Verbände der Ersatzkassen für sich keine Kosten aus einer Entscheidung nach § 193 Abs. 1 SGG geltend. Ein solcher Verzicht gilt auch für Kostenerstattungen nach § 63 SGB X aus Widerspruchsverfahren.

§ 8

Aufgaben der Prüfungsgremien, Praxisbesonderheiten, Kompensatorische Einsparungen

1. Die Prüfungsgremien prüfen
 - a) die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten;
 - b) die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise (inkl. Sprechstundenbedarf) und der veranlassten Leistungen nach Richtgrößen, ersatzweise nach Durchschnittswerten;
 - c) die Wirtschaftlichkeit der Gesamttätigkeit unter Einbeziehung der Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie der Häufigkeit und des Umfangs sonstiger veranlasster Leistungen durch Stichprobenprüfung;

- d) das Vorliegen eines sonstigen Schadens;
 - e) die Wirtschaftlichkeit von Behandlungs- und/oder Verordnungsleistungen in besonderen Fällen.
2. Die Prüfungsgremien entscheiden darüber, ob die ärztliche Behandlungs- oder Verordnungsweise nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse dem Erfordernis der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit genügt. Sie haben die Prüfung nach den für die jeweilige Prüfungsart bestimmten nachstehenden Grundsätzen und Maßstäben vorzunehmen.
 3. Die Prüfungsgremien müssen Praxisbesonderheiten berücksichtigen. Praxisbesonderheiten sind Gegebenheiten, die für den erhöhten Fallwert im überprüften Bereich ursächlich und durch die Patientenstruktur des betroffenen Vertragsarztes bedingt sind.
 4. Wird eine Praxisbesonderheit mit besonderen Kenntnissen oder Erfahrungen, einer besonderen Behandlungsweise oder mit einer speziellen Praxisausstattung begründet, setzt die Anerkennung den Nachweis voraus, dass diese Besonderheit zu einer entsprechenden Konzentration von Patienten geführt hat, die dieser Besonderheiten bedürfen. Die Tatsache, dass die Mehrzahl der der Vergleichsgruppe angehörenden Vertragsärzte eine bestimmte Leistung nicht abgerechnet hat, begründet für sich allein noch nicht die Annahme einer Praxisbesonderheit.
 5. Der Mehraufwand im geprüften Bereich kann durch einen Minderaufwand in einem anderen Bereich ganz oder teilweise ausgeglichen werden. Voraussetzung für einen solchen Ausgleich ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Mehraufwand und Minderaufwand, für den der Arzt die Darlegungslast hat. Vertragsärzte und Mitglieder der Prüfungsgremien wirken zur Klärung der Frage zusammen, ob zwischen den Mehraufwendungen im geprüften Bereich und den Minderaufwendungen in einem anderen Bereich ein ursächlicher Zusammenhang besteht.

Abschnitt 2:
Auffälligkeitsprüfung

Unterabschnitt 2.1:
Prüfung der Behandlungstätigkeit

§ 9

Durchführung der Prüfung

1. Die Prüfungsgremien prüfen die Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit von Amts wegen. Anträge auf Überprüfung der Behandlungstätigkeit können seitens der Verbände der Krankenkassen nur gestellt werden, wenn es sich um Leistungen handelt, die außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung honoriert werden. Der Antrag ist zu begründen. Die KV Berlin kann Anträge stellen, wenn sie im Rahmen ihrer Zuständigkeit Kenntnis von Umständen erhält, die den Verdacht einer unwirtschaftlichen Behandlungstätigkeit begründen. Der Antrag ist zu begründen.
2. Für Vertragsärzte, die für die Zufälligkeitsprüfung ausgewählt wurden, können weitere Prüfungen im selben Quartal nicht durchgeführt werden.
3. Die Prüfung der Behandlungsweise von Amts wegen erfolgt quartalsversetzt, wobei die erstinstanzliche Prüfung 6 Monate nach Abgabe des Quartals abgeschlossen sein soll. Die von der Prüfung der Behandlungstätigkeit von Amts wegen betroffenen Vertragsärzte werden von der Geschäftsstelle unterrichtet und zur Stellungnahme aufgefordert.

§ 10

Art und Inhalt der Prüfunterlagen

Für die Prüfung nach § 106 Absatz 2 Nr. 1 SGB V erstellt die KV Berlin *unter Einbeziehung der Behandlungsfälle für nach § 264 SGB V auf der Grundlage des § 38 Abs. 4 BSHG auftragsweise von einer Krankenkasse betreuten Personen** die in Ab-

* Diese Bestimmung wird nicht angewandt, solange die Klage der KV Berlin gegen die Entscheidung des Landesschiedsamtes anhängig ist und die Anordnung der aufschiebenden Wirkung fort dauert

schnitt 5, § 1 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern vorgesehenen Übersichten.

§ 11

Aufgreifkriterien

1. In die Prüfung werden folgende Fälle einbezogen:
 - a) Honorarabrechnungen, deren Gesamtfallwert den Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 150% der mittleren Abweichung überschreiten,
 - b) Honorarabrechnungen, deren Fallwert den Fallwert der Vergleichsgruppe in einzelnen Leistungsgruppen um mehr als 200% der mittleren Abweichung überschreiten.
 - c) Hierzu erstellt die KV Berlin Prüfprotokolle für die Fälle nach Absatz 1. a) und b).
 2. Die Prüfungsgremien entscheiden darüber, ob die Honorarabrechnung einschließlich der veranlassten Leistungen (Labor, Radiologie und Nuklearmedizin) des Vertragsarztes dem Gebot einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse wirtschaftlichen Behandlungsweise entspricht.
 3. Die Prüfungsgremien haben vorrangig zu prüfen, ob gezielte schriftliche oder mündliche Beratungen des Vertragsarztes ausreichend sind, um in Zukunft eine wirtschaftliche Behandlungsweise zu gewährleisten.
 4. Steht die durchschnittliche Honorarforderung eines Vertragsarztes je Behandlungsfall in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten seiner Vergleichsgruppe, können die Prüfungsgremien eine auf einer Schätzung beruhende Honorarkürzung vornehmen. Die Kürzung ist zu begründen.
 5. Honorarkürzungen sind vorzunehmen, soweit eine Beratung nach Abs. 3 nicht ausreicht und keine Praxisbesonderheiten vorliegen, die den Mehraufwand in
-

seiner Gesamtheit begründen und/oder der Mehraufwand durch einen Minder-
aufwand nicht vollständig ausgeglichen wird.

6. Die Prüfungsgremien setzen die Honorarkürzungen unter Würdigung aller ihnen be-
kannten Umstände fest. Die Kürzungen können sich sowohl auf das Honorar in
einzelnen Leistungssparten als auch auf einzelne Leistungen beziehen. In Aus-
nahmefällen wird das Gesamthonorar des Vertragsarztes gekürzt, sofern bei je-
der Leistungssparte Unwirtschaftlichkeit vorliegt.

§ 12

Rechnerische und sachliche Beanstandungen

Stellen die Prüfungsgremien im Rahmen ihrer Tätigkeit fest, dass rechnerische oder sachliche - auch: gebührenordnungsmäßige - Fehler vorliegen oder nicht abrechnungsfähige Leistungen abgerechnet wurden, so berücksichtigen sie dies im Rahmen der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit. Falls die Prüfungsgremien innerhalb einer Leistungsgruppe bzw. bei einer einzelnen Leistung sowohl Unwirtschaftlichkeit als auch gebührenordnungsmäßige Fehler feststellen, so muss bei einer rechnerischen Berichtigung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Anteil der Unwirtschaftlichkeit überwiegen. Eine rechnerische Richtigstellung durch die Prüfungsgremien ist ausgeschlossen, wenn eine 100%ige rechnerische Richtigstellung erfolgen soll. In solchen Fällen hat die Abgabe an die KV Berlin zu erfolgen. Sofern eine Kürzung sowohl wegen Unwirtschaftlichkeit als auch wegen gebührenordnungsmäßiger Fehler festgesetzt wird, muss dem Bescheid der jeweilige Anteil in Prozent zu entnehmen sein.

Unterabschnitt 2.2:
Prüfung der Verordnungstätigkeit

§ 13

**Art und Inhalt der Prüfunterlagen für verordnete
Arznei- und Verbandmittel sowie Sprechstundenbedarf**

1. Für die Prüfung nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V erstellen die Verbände der Krankenkassen gemäß § 296 Absatz 3 Punkte 1 bis 3 SGB V nach sachlich rechnerischer Prüfung einen Datensatz (Arzneimitteldatei).

2. Die Richtgrößenprüfung erfolgt auf Basis von Einzeldatensätzen. Werden die in § 18 und § 19 festgelegten Aufgreifkriterien zur Durchführung einer Prüfmaßnahme von einem Arzt erreicht, erstellen die Verbände der Krankenkassen für diesen Arzt einen Datensatz, der die Verordnungen ausweist (erweiterte Arzneimitteldatei), mit folgenden Angaben:
 - a) Arztnummer
 - b) Versichertennummer
 - c) Name der Krankenkasse
 - d) Pharmazentralnummer (PZN)
 - e) Präparat im Klartext
 - f) Mengenfaktor
 - g) Bruttobetrag
 - h) Zuzahlung
 - i) Verordnungsdatum.

Bei begründetem Zweifel an der Richtigkeit der mitgeteilten Einzeldatensätze (Zusammenstellung der Inhalte in Verordnungsübersichten) kann der Arzt die Vorlage der betreffenden Rezepte/Images von den Krankenkassen verlangen. Die Prüfungsgremien haben hierüber zu entscheiden und können das Verlangen zurückweisen, wenn es rechtsmissbräuchlich erscheint.

3. Zusätzlich zur Arzneimitteldatei nach Absatz 1 erstellen die Verbände der Krankenkassen nach sachlich rechnerischer Prüfung einen Datensatz (Sprechstundenbedarfsdatei) mit folgenden Angaben:
 - a) Arztnummer
 - b) Verordnungsquartal
 - c) Zahl der Verordnungen für Sprechstundenbedarf (ohne Impfstoffe)
 - d) Wert der Verordnungen für Sprechstundenbedarf (ohne Impfstoffe).
4. Das Verordnungsquartal entspricht dem Abrechnungsquartal für ärztliche Leistungen. Verschiebungen von bis zu 14 Tagen bei der Zuordnung zum Verordnungsquartal sind zulässig, sofern sie sich aus einer entsprechenden Verschiebung des Einlösedatums ergeben.

§ 14

Art und Inhalt der Prüfunterlagen für verordnete Heilmittel

1. Für die Prüfung nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V erstellen die Verbände der Krankenkassen gemäß § 296 Absatz 3 Punkte 1 bis 3 SGB V gegebenenfalls einschließlich der nach § 296 Abs. 4 SGB V zu vereinbarenden Gruppen nach sachlich rechnerischer Prüfung einen Datensatz (Heilmitteldatei).
2. Maßgebend für die quartalsweise Zuordnung ist das Ausstellungsdatum der Verordnung und nicht der Zeitraum der Einlösung.

§ 15

Art und Inhalt der Prüfunterlagen für verordnete Hilfsmittel

1. Für die Prüfung nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V erstellen die Verbände der Krankenkassen gemäß § 296 Absatz 3 Punkte 1 bis 3 SGB V gegebenenfalls einschließlich der nach § 296 Abs. 4 SGB V zu vereinbarenden Gruppen nach sachlich rechnerischer Prüfung einen Datensatz (Hilfsmitteldatei).

2. Maßgebend für die quartalsweise Zuordnung ist das Ausstellungsdatum der Verordnung und nicht der Zeitraum der Einlösung.

§ 16

Art und Inhalt der Prüfunterlagen für verordnete Krankenhauspflege (Krankenhauseinweisungen)

1. Für die Prüfung nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V erstellen die Verbände der Krankenkassen gemäß § 296 Absatz 3 Punkte 1, 2, 4 SGB V nach sachlicher Prüfung einen Datensatz (Krankenhauseinweisungsdatei).
2. Maßgebend für die quartalsweise Zuordnung ist das Ausstellungsdatum der Verordnung und nicht der Zeitraum der Einlösung.

§ 17

Art und Inhalt der Prüfunterlagen zu Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

1. Für die Prüfung nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V erstellen die Verbände der Krankenkassen gemäß § 296 Absatz 5 SGB V nach sachlicher Prüfung einen Datensatz (Arbeitsunfähigkeitsdatei).
2. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden jeweils dem die Arbeitsunfähigkeit feststellenden Vertragsarzt zugeordnet.

§ 18

Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen

1. Prüfungsgegenstand sind die richtgrößenrelevanten Verordnungskosten bei Überschreitung der ermittelten Richtgrößensumme. Richtgrößenrelevant sind alle in der vertragsärztlichen Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen *einschließlich der nach § 264 SGB V auf der Grundlage des § 38 Abs. 4*

BSHG auftragsweise von einer Krankenkasse betreuten Personen * verordneten Arzneimittel, Verbandstoffe und Heilmittel, unabhängig davon, ob es sich um eine Einzelverordnung oder um Sprechstundenbedarfsanforderungen handelt. Der Sprechstundenbedarf ist in der Höhe um die Kosten für angeforderte Hilfsmittel zu bereinigen. Hilfsmittel- und Impfstoffverordnungen sind nicht richtgrößenrelevant.

2. Die Richtgrößenprüfung für das abgelaufene Kalenderjahr findet frühestens ab der Mitte des darauf folgenden Kalenderjahres statt. Die Vertragspartner verpflichten sich, termingerecht alle für die Richtgrößenprüfung notwendigen und vereinbarten Daten und Unterlagen zu liefern. Die Krankenkassen liefern neben den statistischen Angaben nach § 296 SGB V die Einzeldatensätze gem. § 13 Abs. 2 dieser Vereinbarung für die Vertragsärzte, die die untere Interventionsgrenze überschritten haben.
3. Nach Abschluss des Kalenderjahres ermittelt die Kassenärztliche Vereinigung für jeden ihrer Vertragsärzte die Richtgrößensumme, die sich aus der Multiplikation der Richtgrößen für die Arztgruppe mit den Fallzahlen (M/F bzw. R) dieses Vertragsarztes ergibt. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt dem Prüfungsausschuss für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen gemäß den Voraussetzungen nach Absatz 2 folgende Daten arztbezogen zur Verfügung:
 - a) Arztnummer
 - b) Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen gesamt und getrennt nach Arzneimitteln einschließlich Verbandmitteln und Heilmitteln
 - c) Fallzahl, getrennt nach Allgemeinversicherten und Rentnern
 - d) die nach Satz 1 ermittelte Richtgrößensumme gesamt und getrennt nach Arzneimitteln einschließlich Verbandmitteln und Heilmitteln

* Diese Bestimmung wird nicht angewandt, solange die Klage der KV Berlin gegen die Entscheidung des Landesschiedsamtes anhängig ist und die Anordnung der aufschiebenden Wirkung fort dauert

- e) die veranlassten Ausgaben brutto und netto gesamt und jeweils getrennt nach Arzneimitteln einschließlich Verbandmitteln und Heilmitteln.

4. Die Richtgrößenprüfung wird wie folgt durchgeführt:

- a) Bei einer Überschreitung der Richtgrößensumme (brutto) um einen Vomhundertsatz (untere Interventionsgrenze), der in der für den zu prüfenden Zeitraum jeweils geltenden gesetzlichen Regelung bzw. einer zulässigen Abweichung davon in der Richtgrößenvereinbarung bestimmt wird (Prüfungsvolumen), werden Richtgrößenprüfungen ohne Antragstellung durchgeführt.

Es erfolgt eine Beratung des Vertragsarztes, sofern keine Praxisbesonderheiten (vgl. d.) zu berücksichtigen sind.

- b) Bei einer Überschreitung der Richtgrößensumme (brutto) um einen weiteren, ebenfalls gemäß a) bestimmten Vomhundertsatz (obere Interventionsgrenze), hat der Vertragsarzt gemäß § 106 Abs. 5a Satz 1 und 4 SGB V den sich aus der Überschreitung des Prüfungsvolumens (untere Interventionsgrenze) ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten (vgl. d.) begründet ist.
- c) Anträge auf Prüfung eines sonstigen Schadens gemäß § 24 dieser Vereinbarung bleiben hiervon unberührt.

Wird im Rahmen der Richtgrößenprüfung ein sonstiger Schaden festgestellt, so kann ein Prüfantrag abweichend von der in § 24 genannten Frist bis zum Abschluss der Sitzung des Prüfungsausschusses gestellt werden. Liegt auch nach Berücksichtigung des sonstigen Schadens eine Überschreitung der Richtgröße vor, ist eine Maßnahme entsprechend Absatz 4 a) oder 4 b) zusätzlich festzusetzen.

Werden im Rahmen der Richtgrößenprüfung Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens gestellt, so müssen über die Feststellung des sonstigen

Schadens und das Ergebnis der Richtgrößenprüfung in ein und derselben Sitzung der Prüfungsgremien Entscheidungen getroffen werden.

- d) Die Prüfungsgremien prüfen die vom betroffenen Vertragsarzt geltend gemachten Praxisbesonderheiten unter dem Gesichtspunkt ihrer Wirtschaftlichkeit und ziehen zur Beurteilung der Praxisbesonderheiten die als notwendig angesehenen Unterlagen heran. Hierbei sind die vereinbarten Indikationsgebiete zu berücksichtigen. Die Praxisbesonderheiten sind von den Prüfungsgremien zu quantifizieren. Zur Ermittlung der Höhe der anzuerkennenden Praxisbesonderheiten können die Prüfungsgremien statistische Vergleiche mit den jeweiligen Fachgruppen heranziehen.

Gemäß § 106 Abs. 5 a, Satz 2 SGB V können Maßstäbe, die bei der Bestimmung der Richtgrößen verwendet wurden, zur Feststellung von Praxisbesonderheiten nicht erneut herangezogen werden.

- e) Die von den Prüfungsgremien als Praxisbesonderheiten anerkannten Verordnungskosten (brutto) und ggf. festgestellte Erstattungsbeträge für sonstige Schäden sind von den durch den Vertragsarzt veranlassten Bruttoausgaben abzuziehen. Der verbleibende Überschreibungsbetrag (in Prozent) entscheidet darüber, ob das weitere Verfahren gemäß Absatz 4 a) oder 4 b) fortzuführen ist.
5. Bei der Festsetzung des Erstattungsbetrages ist hinsichtlich der Ermittlung der veranlassten Nettoausgaben und der Berücksichtigung der anerkannten Praxisbesonderheiten wie folgt vorzugehen:
- a) Ist der durchschnittliche Zuzahlungsbetrag bei dem Vertragsarzt pro Fall erheblich geringer als bei der Vergleichsgruppe, so ist nicht der tatsächlich geleistete, sondern der Zuzahlungsbetrag der Vergleichsgruppe pro Fall multipliziert mit der Fallzahl des Vertragsarztes in Abzug zu bringen.
 - b) Von den Nettoausgaben sind die von den Prüfungsgremien als Praxisbesonderhei-

ten anerkannten Verordnungskosten als Minderausgaben netto abzuziehen. Die Prüfungsgremien setzen gem. § 18 Abs. 4 b) den Erstattungsbetrag in Höhe der verbleibenden Überschreitung des Prüfungsvolumens (untere Interventionsgrenze) fest.

- c) Vor der Festsetzung eines Erstattungsbetrages sollen die Prüfungsgremien auf eine Vereinbarung mit dem Vertragsarzt gemäß § 106 Abs. 5 a) Satz 6 SGB V hinwirken.

6. Die Erstattungsansprüche werden wie folgt durchgesetzt:

- a) Die Erstattungsbeträge werden in der Regel zu gleichen Teilen auf die vier folgenden Quartale aufgeteilt, nach Maßgabe des § 52 Abs.2 Satz 1 BMV-Ä bzw. § 48 Abs.2 Satz 1 EKV mit den Honoraransprüchen des Vertragsarztes verrechnet und den Honorarverteilungskonten der Krankenkassen sodann unverzüglich gutgeschrieben. Streitbefangene Regressansprüche werden auf einem arztbezogenem Sonderkonto angelegt, bis ein erstinstanzliches Urteil ergangen (§ 52 Abs. 2 Satz 1 BMV-Ä) oder der Regressanspruch bestandskräftig ist (§ 48 Abs. 2 Satz 1 EKV). Die Beträge sind banküblich zu verzinsen. Die Zinserträge werden mit der Hauptsumme an den Berechtigten ausgekehrt.
- b) Soweit eine Verrechnung nicht möglich ist, insbesondere weil Honoraranforderungen des Vertragsarztes gegen die Kassenärztliche Vereinigung nicht mehr bestehen oder über das Vermögen des Vertragsarztes ein Insolvenzverfahren eröffnet worden ist, tritt die Kassenärztliche Vereinigung Berlin den Erstattungsanspruch gemäß § 52 Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 48 Abs. 2 EKV an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung ab.

§ 19

Ersatzweise Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten

- 1. Die Prüfung der Verordnungsweise bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln im Sinne dieses Abschnitts erfolgt ersatzweise nach Durchschnittswerten

- a) für Arztgruppen, für die keine Richtgrößen vereinbart worden sind
- b) wenn eine Richtgrößenprüfung aus anderen Gründen nicht möglich ist.

Die Prüfung wird von Amts wegen für den Zeitraum eines Quartals nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen durchgeführt.

2. Nach Vorliegen der statistischen Ergebnisse betreffend die in Absatz 1 genannten Verordnungen werden die Vertragsärzte von der KV Berlin über die gemeinsamen Fallwerte der Verbände der Krankenkassen sowie über die entsprechenden Fallwerte der Vergleichsgruppe informiert.
3. Für die Prüfung der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt die Bildung der Vergleichsgruppen und die Berechnung der Überschreitungssätze grundsätzlich entsprechend der in der Anlage getroffenen Regelung.
4. In die Prüfung einbezogen werden Ärzte, deren gewichteter Fallwert den Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 30% (bei homogenen Vergleichsgruppen) oder 50% (bei inhomogenen Vergleichsgruppen) überschreitet.
5. Für die Durchführung der Prüfung der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten und die zu ergreifenden Maßnahmen bei festgestellter Unwirtschaftlichkeit gelten die Bestimmungen über die Richtgrößenprüfung entsprechend, soweit die nachfolgenden Bestimmungen nichts Abweichendes regeln.
6. Die Krankenkassen oder ihre Verbände können unter den in Nr. 1 genannten Voraussetzungen zusätzlich zur Prüfung von Amts wegen Anträge auf Durchführung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten stellen. Die Anträge sind zu begründen und müssen innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Abschluss des zu prüfenden Ordnungsquartals gestellt werden. Kann für Arztgruppen, für die eine Richtgrößenprüfung vereinbart war, eine Prüfung nach Richtgrößen nicht stattfinden, dann beträgt die Frist zur Antragsstellung vierundzwanzig Monate nach Abschluss des zu prüfenden Verord-

nungsquartals. Soweit die Datensätze gemäß § 13 Abs. 2 dieser Vereinbarung einzelner Krankenkassen bzw. Kassenarten dem Prüfungsgremium nicht vorliegen, sind Regressmaßnahmen für diese Krankenkasse bzw. Kassenart nicht zu vollziehen.

7. Das Prüfungsgremium hat vorrangig zu prüfen, ob gezielte schriftliche oder mündliche Beratungen des Vertragsarztes ausreichend sind, um in Zukunft eine wirtschaftliche Ordnungsweise zu gewährleisten.
8. Für die Festsetzung eines Erstattungsbetrages hat das Prüfungsgremium nach folgenden Grundsätzen zu verfahren:
 - a) Das Prüfungsgremium setzt einen auf einer Schätzung beruhenden Erstattungsbetrag fest, wenn die durchschnittliche Höhe der Verordnungskosten des Vertragsarztes je Behandlungsfall den Durchschnittswert der Vergleichsgruppe überschreitet, ohne dass bereits ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt, jedoch die Unwirtschaftlichkeit anhand einer repräsentativen Anzahl von Beispielfällen nachgewiesen werden kann. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage der Schätzung für den Erstattungsbetrag.
 - b) Steht die durchschnittliche Höhe der Verordnungskosten des Vertragsarztes je Behandlungsfall in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den entsprechenden Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe, so setzt das Prüfungsgremium unter Berücksichtigung der Rechtsprechung einen auf einer Schätzung beruhenden Regress fest.
9. Es gilt der Untersuchungsgrundsatz nach § 20 SGB X. Hält das Prüfungsgremium die vorliegenden Unterlagen für nicht ausreichend, um die für die Prüfungsmaßnahme notwendige Würdigung der Ordnungsweise vorzunehmen, so fordert es gemäß § 20 SGB X die ergänzenden Unterlagen bei den Beteiligten an.
10. Für die Durchführung des Erstattungsanspruches gilt § 18 Absatz 6 entsprechend.

**Abschnitt 3:
Zufälligkeitsprüfung**

**§§ 20 – 23
Unbesetzt**

**Abschnitt 4:
Verfahren auf Feststellung eines sonstigen Schadens
und Prüfung in besonderen Fällen**

**§ 24
Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens**

1. Die Prüfungsgremien entscheiden auf Antrag einer Krankenkasse im Einzelfall über einen Anspruch auf Schadensersatz, wenn der Vertragsarzt oder eine der Personen, für die er haftet, bei Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten die nach den Umständen erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen hat. Unterschiedliche vertragliche Regelungen (Bundesmantelvertrag, Arzt-/Ersatzkassenvertrag) finden Anwendung.
2. Der Antrag ist zu begründen und muss innerhalb einer Frist von 9 Monaten seit Bekanntwerden des Sachverhalts beim Prüfungsausschuss vorliegen. Bei nicht verordnungsfähigen Präparaten beginnt die Frist mit dem Ende des Quartals in dem die Verordnung ausgestellt wurde. Die Krankenkasse muss dem Antrag alle zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen und die Nachweise zur Schadenshöhe beifügen sowie die Höhe des Schadens benennen.
3. Ein Antrag ist ausgeschlossen, wenn der vermutete Schadensbetrag € 50,- nicht übersteigt. Für Anträge betreffend ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel gemäß gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen gilt keine Bagatellgrenze.

§ 25

Prüfung in besonderen Fällen

1. Auf Antrag der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände oder der KV Berlin prüfen die Prüfungsgremien auch, ob der Vertragsarzt in Einzelfällen
 - a) unwirtschaftliche Behandlungsleistungen abgerechnet oder veranlasst hat,
 - b) unwirtschaftliche Verordnungen von Leistungen vorgenommen hat.

2. Die Anträge sind zu begründen und haben die Höhe der als unwirtschaftlich abgerechnet bzw. veranlasst vermuteten Kosten anzugeben. Anträge sind nur zulässig, wenn die durch die Begründung geltend gemachte Unwirtschaftlichkeit mindestens 50,00 € beträgt. Die Anträge sind innerhalb einer Frist von 9 Monaten nach Ablauf des Quartales zu stellen, in dem der vom Antrag erfasste Sachverhalt aufgetreten ist.

3. Hält das Prüfungsgremium den Antrag für ganz oder teilweise begründet, setzt es den vom Vertragsarzt zu leistenden Erstattungsbetrag fest.

§ 26

Durchsetzung der Schadenersatzansprüche

Für die Durchsetzung der festgestellten Schadenersatzansprüche gilt § 18 Nr. 6 entsprechend.

Abschnitt 5:

Salvatorische Klausel, Inkrafttreten, Kündigung

§ 27

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder z. B. durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein,

verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige vertragliche Neuregelungen.

§ 28

Inkrafttreten

1. Diese Vereinbarung tritt zum 01.10.2002 in Kraft. Sie gilt für die Richtgrößenprüfung der Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel ab dem Ordnungsquartal I/2000. Die Regelungen zur quartalsversetzten Honorarprüfung (§ 9 Abs. 3) gelten für die Prüfung des Honorars ab dem Abrechnungsquartal III/2002.
2. Außer Kraft tritt zeitgleich die Prüfvereinbarung zwischen der KV Berlin, der AOK Berlin, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. sowie AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. - Landesvertretung Berlin, dem BKK-Landesverband Ost, dem IKK Landesverband Brandenburg und Berlin, der Bundesknappschaft, dem Landesverband der Landwirtschaftlichen Versicherung in Berlin vom 10.01.1994.

§ 29

Kündigung

Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2004 gekündigt werden.

Anlage:

Rechenmodus für die Gewichtung der Verordnungskosten bei Arznei- einschließlich Verbandmitteln und Heilmitteln

Berlin, den 20.06.2003

AOK Berlin – Die Gesundheitskasse
Der Vorstand

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
Der Leiter der Landesvertretung Berlin

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
Der Leiter der Landesvertretung Berlin

Bundeskknappschaft in Bochum
- vertreten durch die AOK Berlin -
Der Vorstand

BKK-Landesverband Ost
- Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg -
Der Vorstand

IKK Brandenburg und Berlin
Der Vorstand

Krankenkasse für den Gartenbau handelnd für die
Landwirtschaftliche Krankenversicherung in Berlin
- vertreten durch die IKK Brandenburg und Berlin -
Der Vorstand

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand

Anlage zur Prüfvereinbarung: Rechenmodus für die Gewichtung der Verordnungskosten bei Arznei- einschließlich Verbandmitteln und Heilmitteln

Rechenmodus für die Gewichtung

Fallzahl M des Arztes x Fallkosten M der Vergleichsgruppe

Fallzahl F des Arztes x Fallkosten F der Vergleichsgruppe

Fallzahl R des Arztes x Fallkosten R der Vergleichsgruppe

Die Summe hieraus wird durch die Zahl der Fälle des Arztes (M/F/R) geteilt. Die (echten) Fallkosten des Arztes werden dann diesem fiktiven Vergleichsgruppendurchschnitt gegenübergestellt. Die Gewichtung erfolgt getrennt nach Arznei- einschließlich Verbandmitteln und Heilmitteln.

Ein **Beispiel** soll diese Berechnungsart verdeutlichen:

Ein Arzt weist bei Verordnungskosten für Arznei- einschließlich Verbandmittel von €136,21 gegenüber der Vergleichsgruppe mit €85,75 eine Überschreitung von 59 % (arithmetisch) auf. Die einzelnen Werte werden wie folgt aufgeschlüsselt:

Fallzahl des Arztes:	Ges. 310	M 147	F 42	R 121
Fallzahl der VG:	Ges. 428	M 258	F 63	R 107
VG-Durchschnitt:	Ges. 85,75 €	M 70,20 €	F 80,90 €	R 126,10 €

Nun wird die Vergleichsgruppe gestellt, als hätte sie den gleichen Personenkreis wie der Arzt.

Fallzahl M des Arztes (147) x Fallkosten M der VG (70,20 €)

= 10.319,40 €

Fallzahl F des Arztes (42) x Fallkosten F der VG (80,90 €)

= 3.397,80 €

Fallzahl R des Arztes (121) X Fallkosten R der VG (126,10 €)

= 15.258,10 €

Summe = 28.975,30 €

geteilt durch die Fallzahl des Arztes = 310

ergibt einen (fiktiven) Vergleichsgruppendurchschnitt von € 93,47.

Der Arzt überschreitet also mit seinen Verordnungskosten von € 136,21 nach Gewichtung den (fiktiven) Vergleichsgruppendurchschnitt um 46 %.

Mit der Vornahme der Gewichtung ist die Versichertenstruktur berücksichtigt. Eine Anerkennung als Praxisbesonderheit (des erhöhten Rentneranteils) entfällt.