

## **Vereinbarung gem. § 106 Abs. 3 SGB V**

**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 -**

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

**der BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse**

**der Knappschaft Dienststelle Berlin  
vertreten durch die AOK Berlin – Die Gesundheitskasse**

**der Krankenkasse für den Gartenbau,  
handelnd als Landesverband für die Landwirtschaftliche  
Krankenversicherung in Berlin**

**der Seekrankenkasse  
vertreten durch die AOK Berlin – Die Gesundheitskasse**

**(nachstehend als „Verbände der Krankenkassen“ bezeichnet)**

**über die Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch  
den Prüfungs- und Beschwerdeausschuss (§ 106 SGB V) – Prüfvereinbarung -**

## Inhaltsverzeichnis

Abschnitt 1: **Allgemeine Bestimmungen**

Unterabschnitt 1.1: **Grundsätze**

§ 1 Grundsätze

Unterabschnitt 1.2: **Prüfungs- und Beschwerdeausschuss**

§ 2 Prüfungs- und Beschwerdeausschuss

§ 3 Rechte und Pflichten der Ausschussmitglieder

Unterabschnitt 1.3: **Geschäftsstelle**

§ 4 Geschäftsstelle

Unterabschnitt 1.4: **Geschäftsführung des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses sowie der Geschäftsstelle**

§ 5 Vorbereitung der Sitzungen

§ 6 Beschlussfähigkeit, Vorsitz

§ 7 Verfahren vor dem Prüfungs- und Beschwerdeausschuss

§ 8 Protokollführung, Erstellung der Bescheide

Unterabschnitt 1.5: **Aufgaben des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses  
Praxisbesonderheiten, Kompensatorische Einsparungen**

§ 9 Aufgaben des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses

§ 10 Praxisbesonderheiten, Kompensatorische Einsparungen

Abschnitt 2: **Auffälligkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V**

Unterabschnitt 2.1: **Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina**

§ 11 Durchführung der Richtgrößenprüfung

Unterabschnitt 2.2: **Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten**

§ 12 Ersatzweise Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten

Unterabschnitt 2.3: **Prüfunterlagen**

§ 13 Art und Inhalt der von der KV zu liefernden Prüfunterlagen für ärztlich verordnete Leistungen

§ 14 Art und Inhalt der von den Krankenkassen bzw. deren Verbänden zu liefernden Prüfunterlagen für ärztlich verordnete Leistungen

Abschnitt 3: **Zufälligkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

Unterabschnitt 3.1: **Arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben**

§ 15 Stichprobenprüfung

§ 16 unbesetzt

§ 17 unbesetzt

§ 18 unbesetzt

§ 19 unbesetzt

Unterabschnitt 3.2:      **Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten**

- § 20 Durchführung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten
- § 21 Art und Inhalt der Prüfunterlagen
- § 22 Prüfkriterien
- § 23 Rechnerische und sachliche Beanstandungen

Abschnitt 4:               **Verfahren auf Festsetzung eines Verordnungsregresses wegen fehlender Leistungspflicht, auf Feststellung eines sonstigen Schadens und Prüfung in besonderen Fällen, sowie Prüfung nach § 106a Abs. 4 Satz 3 SGB V**

- § 24 Anträge auf Festsetzung eines Verordnungsregresses wegen fehlender Leistungspflicht
- § 25 Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens
- § 26 Prüfung in besonderen Fällen
- § 27 Prüfung nach § 106a Abs. 4 Satz 3 SGB V
- § 28 Durchsetzung der Schadenersatzansprüche

Abschnitt 5:               **Salvatorische Klausel, Inkrafttreten, Kündigung**

- § 29 Salvatorische Klausel
- § 30 Inkrafttreten
- § 31 Kündigung

## **Abschnitt 1:**

### **Allgemeine Bestimmungen**

#### **Unterabschnitt 1.1: Grundsätze**

##### **§ 1**

##### **Grundsätze**

1. Diese Vereinbarung regelt die Prüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der KV Berlin gem. § 106 SGB V. In die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen ist ferner die ärztliche Versorgung für die Personen nach § 264 SGB V.\*
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, medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Abs. 1 SGB V und zugelassene Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V sowie am Ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmende Nicht-Vertragsärzte (nachfolgend Vertragsarzt genannt).

\* Diese Bestimmung wird hinsichtlich der in § 264 Abs. 1 SGB V genannten Personen nicht angewandt, solange die Klage der KV Berlin gegen die Entscheidung des Landesschiedsamtes anhängig ist und die Anordnung der aufschiebenden Wirkung fort dauert.

## **Unterabschnitt 1.2: Prüfungs- und Beschwerdeausschuss**

### **§ 2**

#### **Prüfungs- und Beschwerdeausschuss**

1. Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 106 SGB V bilden die Kassenärztliche Vereinigung Berlin sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen für das Land Berlin je einen gemeinsamen Prüfungs- und Beschwerdeausschuss.
2. Dem Prüfungs- und dem Beschwerdeausschuss gehören je ein unparteiischer Vorsitzender sowie je 4 Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und je 4 Vertreter der Krankenkassen an.
3. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Verbänden der Krankenkassen, die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin in ausreichender Zahl für die Dauer von 2 Jahren benannt. Die Mitglieder und ihre Stellvertreter bleiben nach Ablauf der Amtsperiode im Amt bis die Nachfolger eintreten.
4. Unbeschadet von Absatz 3 haben die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die Verbände der Krankenkassen das Recht, die jeweils von ihnen entsandten Mitglieder von ihrem Amt zu entbinden.
5. Prüfungs- und Beschwerdeausschuss können sich in Kammern gliedern, in denen der unparteiische Vorsitzende bzw. sein Stellvertreter den Vorsitz führt. Diese Kammern können nach Prüfungsarten (§§ 11, 12, 15 – 19, 20, 24, 25 sowie 26 dieser Vereinbarung) gegliedert werden.
6. Mitglieder des Prüfungsausschusses können in demselben Verfahren nicht Mitglieder des Beschwerdeausschusses sein. Ein Mitglied darf bei der Prüfung seiner eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit sowie der eines Angehörigen im Sinne von § 16 Abs. 2 SGB X nicht mitwirken. Ein Mitglied ist ferner ausgeschlossen, wenn es in der Angelegenheit ein Gutachten abgegeben hat, oder sonst tätig ge-

worden ist. Das Gleiche gilt für Partner einer Gemeinschaftspraxis, einschließlich zugelassener Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V, Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), einer Apparategemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft. Im übrigen gelten für Ausschluss und Befangenheit die §§ 16 und 17 SGB X.

7. Das Nähere regeln die Geschäftsordnungen des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses sowie die Geschäftsordnung für die gemeinsamen Sitzungen des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses gemäß § 4 Abs. 2 der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung.

### **§ 3**

#### **Rechte und Pflichten der Ausschussmitglieder**

1. Die Rechte und Pflichten der von den Vertragspartnern entsandten Mitglieder des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses ergeben sich aus der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung.
2. Die von den Vertragspartnern entsandten Mitglieder des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses 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 und dem Berliner Landesdatenschutzgesetz abzugeben. Die erforderlichen Erklärungen der Nichtausschussmitglieder werden von der Geschäftsstelle nach § 4 vor Beginn der jeweiligen Sitzung eingeholt.
3. Die Entschädigung der von den Vertragspartnern entsandten Mitglieder des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses für ihre Tätigkeit erfolgt durch die entsendenden Körperschaften. Die Höhe richtet sich nach den bei diesen Körperschaften geltenden Entschädigungsregelungen.

## **Unterabschnitt 1.3: Geschäftsstelle**

### **§ 4**

#### **Geschäftsstelle**

1. Gemäß § 106 Abs. 4a SGB V errichten die Vertragspartner zur Unterstützung des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben eine Geschäftsstelle bei der „Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Berlin GbR“.
2. Die Geschäftsstelle hat ihren Sitz bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin.
3. Die Kosten der Geschäftsstelle und die sonstigen im Zusammenhang mit dem Tätigwerden des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses 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 sowie für alle nach dieser Vereinbarung zu liefernden Unterlagen werden gegenseitig keine Kosten geltend gemacht.
4. Die Geschäftsstelle hat gemäß Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung insbesondere
  - die Prüfsachen zu führen,
  - ein laufendes Verzeichnis über die eröffneten Prüfverfahren, den Verfahrensstand, Widersprüche, Klageverfahren und deren Ergebnisse zu führen,
  - die Einnahmen- und Ausgabenübersicht und den Rechenschaftsbericht nach § 4 Abs. 4 WiPrüfVO vorzubereiten,
  - für jedes Kalenderjahr für Zwecke des § 106 Abs. 7 Satz 2 und 3 SGB V einen Bericht über die Anzahl der eröffneten und abgeschlossenen Beratungen, Prüfungen sowie der festgesetzten Maßnahmen zu erstellen. Dieser Bericht ist bis zum 15. Februar des Folgejahres den Ausschüssen vorzulegen.



## Unterabschnitt 1.4: Geschäftsführung des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses sowie der Geschäftsstelle

### § 5

#### Vorbereitung der Sitzungen

1. Der Vorsitzende des Ausschusses legt in Abstimmung mit der Geschäftsstelle und im Benehmen mit den Ausschussmitgliedern die Termine und Tagesordnungen der Ausschusssitzungen fest. Anzahl und Zeitfolge der Sitzungen sollen dabei so festgelegt werden, dass innerhalb von 3 Monaten nach Vorliegen der formalen Voraussetzungen das Prüfverfahren aufgenommen werden kann. Über Anträge auf Verlegung eines Verhandlungstermins entscheidet der Ausschuss bzw. die Kammer. Über einen erstmaligen Antrag kann der Vorsitzende allein entscheiden.
  
2. Der Vorsitzende hat darüber hinaus
  - in enger Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle die Entscheidungen vorzubereiten, einschließlich der Anforderung von Angaben und Beweismitteln von den Beteiligten sowie der Zustellung von Anträgen und Schriftsätzen an die Beteiligten,
  - nach Beschluss des Ausschusses unabhängige Sachverständige mit der Erstellung von Gutachten zu beauftragen,
  - für ein ordnungsgemäßes Verwaltungsverfahren gemäß erstem Kapitel SGB X Sorge zu tragen.
  
- 3 Die Geschäftsstelle hat insbesondere
  - im Auftrag des Vorsitzenden mit einer Frist von mindestens 2 Wochen zu den Ausschusssitzungen unter Beifügung der für die Sitzung erforderlichen Unterlagen zu laden,
  - die für die Prüfung notwendigen Daten und sonstigen Unterlagen aufzubereiten,
  - den Ausschüssen die wesentlichen Sachverhalte verbunden mit einem Vorschlag zur Festsetzung von Maßnahmen vorzulegen.

**§ 6****Beschlussfähigkeit, Vorsitz**

1. Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss sowie deren Kammern entscheiden durch Beschluss, der in der Sitzung getroffen wird.
2. Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss sowie deren Kammern sind beschlussfähig, wenn neben dem Vorsitzenden zumindest je 2 Vertreter der KV und der Verbände der Krankenkassen anwesend sind. Fehlt auf einer Seite einer oder zwei von 4 Vertretern, so nehmen an der Abstimmung auf der anderen Seite ebenfalls nur die gleiche Anzahl Vertreter teil. Dies gilt auch, wenn ein Mitglied wegen Befangenheit von einem Verfahren ausgeschlossen wurde, es sei denn, der Ausschuss oder die Kammer beschließen, das betreffende Verfahren von der Tagesordnung abzusetzen und mit einem unbefangenen Vertreter fortzusetzen.
3. Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss sowie deren Kammern beschließen mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden. Stimmenthaltung ist nicht zulässig.
4. Ist der Prüfungs- oder der Beschwerdeausschuss bzw. die Kammer trotz ordnungsgemäßer Ladung nicht beschlussfähig, sind die Ausschussmitglieder zu einer neuen Sitzung zu laden, die innerhalb von zwei Wochen stattzufinden hat. Der Ausschuss bzw. die Kammer beschließt bei ordnungsgemäßer Ladung in der neu anzuberaumenden Sitzung mit den Stimmen der an der Sitzung teilnehmenden Mitglieder, sofern der Vorsitzende an der Sitzung teilnimmt.
5. Den Vorsitz im Prüfungs- und im Beschwerdeausschuss bzw. in deren Kammern führt der unparteiische Vorsitzende oder sein Stellvertreter.
6. Der unparteiische Vorsitzende hat darauf hinzuwirken, dass der Sachverhalt aufgeklärt wird. Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss bzw. die Kammer erheben die ihnen erforderlich erscheinenden Beweise.

**§ 7****Verfahren vor dem Prüfungs- und Beschwerdeausschuss**

1. Im Verfahren vor dem Prüfungs- und Beschwerdeausschuss gelten die Vorschriften des 10. Sozialgesetzbuches (SGB X).
2. Die Sitzungen des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses oder deren Kammern sind nicht öffentlich.
3. Das Verfahren vor dem Prüfungsausschuss oder dessen Kammern ist grundsätzlich schriftlich. Der Anspruch des Vertragsarztes auf rechtliches Gehör wird dadurch gewährleistet, dass ihm der Prüfantrag oder die Einleitung des Prüfverfahrens schriftlich bekannt gegeben und er in diesem Schreiben auf die Möglichkeit der schriftlichen Stellungnahme hingewiesen wird. Der Prüfungsausschuss oder seine Kammer 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.
4. Gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses können innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Entscheidung die Verfahrensbeteiligten schriftlich Widerspruch beim Beschwerdeausschuss einlegen. Er kann auch zur Niederschrift bei der Geschäftsstelle erhoben werden. Der Widerspruch soll begründet werden.
5. Über den Widerspruch eines Beteiligten gegen eine Entscheidung des Prüfungsausschusses oder seiner Kammer entscheidet der Beschwerdeausschuss oder dessen Kammer nach mündlicher Verhandlung.
6. Zu der mündlichen Verhandlung sind die am Verfahren Beteiligten mit einer Ladungsfrist von mindestens zwei Wochen zu laden. Bei Ausbleiben eines ordnungsgemäß Geladenen kann nach der Lage der Akten entschieden werden, wenn in der Ladung darauf hingewiesen wurde.

7. Abweichend von Absatz 5 ist das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss in den Fällen der §§ 24, 25 und 26 grundsätzlich schriftlich. Den Beteiligten ist Gelegenheit zu geben, innerhalb einer Frist von vier Wochen schriftlich Stellung zu nehmen. Auf Antrag eines Beteiligten hat der Beschwerdeausschuss eine mündliche Verhandlung anzuberaumen, ansonsten steht ihm dies frei.

## § 8

### Protokollführung, Erstellung der Bescheide

1. Von jeder Sitzung des Prüfungs- und des Beschwerdeausschusses bzw. deren Kammern ist ein Ergebnisprotokoll zu erstellen, das von dem protokollführenden Mitarbeiter der Geschäftsstelle und dem unparteiischen Vorsitzenden unterzeichnet wird.
2. Die Geschäftsstelle erstellt nach erfolgter Beschlussfassung in Abstimmung mit dem unparteiischen Vorsitzenden den Bescheid. Der Bescheid ist vom unparteiischen Vorsitzenden zu unterzeichnen.

Der Bescheid enthält mindestens folgende Punkte:

1. Art des Prüfverfahrens
2. Tenor der Entscheidung, der das Ergebnis des Prüfverfahrens im Wesentlichen zusammenfasst.
3. Benennung der Gläubiger (betrifft Prüfung von Amts wegen) bzw. der Antrag stellenden Krankenkasse (per Antragsverfahren).
4. Forderungssumme gesamt und aufgeteilt nach Krankenkassen, wobei die Aufteilung wie folgt geschieht:

#### 4.1 Schritt 1

Aus den Angaben in den Prüfunterlagen wird der prozentuale Anteil der auf die Gruppen M/F sowie R entfallenden Arzneimittelverordnungskosten ermittelt, wobei:

Verordnungskosten pro Fall M/F \* Gesamtfallzahl M/F = Verordnungskosten M/F

z. B. 100 € \* 600 Fälle = 60.000 € Verordnungskosten M/F

Verordnungskosten pro Fall R \* Gesamtfallzahl R = Verordnungskosten R

z. B. 200 € \* 200 Fälle = 40.000 € Verordnungskosten R

Gesamtkosten = 100.000 €

Anteil M/F = 60 %

Anteil R = 40 %

#### 4.2 Schritt 2

Die Regresssumme (Arzneimittel + Heilmittel) wird nach den in Schritt 1 ermittelten Anteilen auf die Gruppen M/F und R aufgeteilt.

z. B.: Regresssumme = 10.000 €, Anteil M/F = 6.000 €, Anteil R = 4.000 €

#### 4.3 Schritt 3

Die Regresssummen in beiden Gruppen werden durch die jeweiligen Fallzahlen geteilt.

z. B.: Regressfallwert M/F = 10 €, Regressfallwert R = 20 €

#### 4.4 Schritt 4

Die in Schritt 3 ermittelten Regressfallwerte werden mit den jeweiligen Fallzahlen der einzelnen Kassen multipliziert und ergeben deren Regressanteil.

### 5. Bezugszeitraum

Der Beschluss ist dem Arzt wirksam zuzustellen.

3. Vor Bekanntgabe des schriftlichen Bescheides werden keine Auskünfte zum Verfahren erteilt.
4. Ausfertigungen des Bescheides erhalten die Verfahrensbeteiligten\*.
5. Zur Honorarverrechnung werden an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin durch die Geschäftsstelle unverzüglich nach Ablauf der Rechtsbehelfsfrist von Bescheiden anteilig je Krankenkasse gem. den Entscheidungen der Ausschüsse
  - der Prüfungszeitraum
  - die Prüfungsart
  - die Arztnummer
  - und der Regressbetrag

\* Die Frage der Verfahrensbeteiligung ist zwischen den Vertragspartnern streitig. Diese Frage soll in den anhängigen Gerichtsverfahren durch die Sozialgerichtsbarkeit geklärt werden.

getrennt nach pauschalierter und nicht pauschalierter Gesamtvergütung unter Ausweis der einzelnen Leistungen mitgeteilt. Diese Information gibt die KV Berlin an die jeweilige Krankenkasse weiter. Im Falle der Anrufung des Beschwerdeausschusses erfolgt die Information gem. Satz 1 unverzüglich nach der Entscheidung des Beschwerdeausschusses.

6. Der Ausschuss wird im sozialgerichtlichen Verfahren von dem unparteiischen Vorsitzenden vertreten. Der Vorsitzende kann eine Vollmacht erteilen. Soweit dem Ausschuss die gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits und des Widerspruchsverfahrens auferlegt werden, tragen die Vertragspartner diese Kosten nach Maßgabe des § 4 Abs. 3 dieser 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.

### **Unterabschnitt 1.5: Aufgaben des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses, Praxisbesonderheiten, Kompensatorische Einsparungen**

#### **§ 9**

#### **Aufgaben des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses**

1. Der Prüfungsausschuss bzw. seine Kammer berät in erforderlichen Fällen die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung.
2. Die Ausschüsse bzw. deren Kammern prüfen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch:

- 2.1. Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung) (§ 11),
  - 2.2. Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben (Zufälligkeitsprüfung) (§ 15),
  - 2.3. Ersatzweise Prüfung ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise) nach Durchschnittswerten (§ 12),
  - 2.4. Prüfung ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) nach Durchschnittswerten (§ 20),
  - 2.5. Prüfung auf Festsetzung eines Verordnungsregresses wegen fehlender Leistungspflicht (§ 24),
  - 2.6. Feststellung eines sonstigen Schadens (§ 25),
  - 2.7. Prüfung in besonderen Fällen (§ 26),
  - 2.8. Prüfungen nach § 106a Abs. 4 Satz 3 SGB V (§ 27).
3. Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern 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.
  4. In den Prüfungen nach Abschnitt 2 § 11 ist auch die Einhaltung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zu prüfen, soweit ihre Geltung auf § 35b Abs. 1 SGB V beruht.
  5. Prüfungs- und Beschwerdeausschuss erstellen einmal jährlich eine Übersicht über die Zahl der durchgeführten Beratungen und Prüfungen sowie die von ihnen festgesetzten Maßnahmen. Die Übersicht ist der Aufsichtsbehörde und den Vertragspartnern vorzulegen.

**§ 10****Praxisbesonderheiten, Kompensatorische Einsparungen**

1. Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern müssen Praxisbesonderheiten berücksichtigen. Praxisbesonderheiten sind Gegebenheiten, die für den erhöhten Fallwert im überprüften Bereich ursächlich und durch die Patientenstruktur des betroffenen Vertragsarztes bedingt sind.
2. 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 zur Vergleichsgruppe gehörenden Vertragsärzte eine bestimmte Leistung nicht abgerechnet hat, begründet für sich allein noch nicht die Annahme einer Praxisbesonderheit.
3. Praxisbesonderheiten sind vom Vertragsarzt darzulegen.
4. Der Mehraufwand im geprüften Bereich kann durch einen Minderaufwand in einem anderen Bereich ganz oder teilweise ausgeglichen werden. Vorbehaltlich anderer vertraglicher Regelungen gilt dies nur für die Durchschnitts- und Stichprobenprüfung. Voraussetzung für einen solchen Ausgleich ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Mehraufwand und Minderaufwand, für den der Arzt die Darlegungslast hat. Vertragsärzte sowie die Geschäftsstelle und die Mitglieder des Prüfungs- und des Beschwerdeausschusses bzw. deren Kammern 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:****Auffälligkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V****Unterabschnitt 2.1: Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina****§ 11****Durchführung der Richtgrößenprüfung**

1. Prüfungsgegenstand sind die richtgrößenrelevanten Verordnungskosten eines Kalenderjahres bei Überschreitung der ermittelten Richtgrößensumme für diesen Zeitraum. Richtgrößenrelevant sind alle in der vertragsärztlichen Versorgung für den in § 1 Abs. 1 genannten Personenkreis 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 wird getrennt nach Arznei- und Verbandmitteln (einschließlich Sprechstundenbedarf) sowie Heilmitteln durchgeführt.
3. Die Vertragspartner verpflichten sich 6 Monate nach Ablauf des Prüfzeitraums alle für die Richtgrößenprüfung vereinbarten bzw. gesetzlich vorgeschriebenen Daten und Unterlagen an die Geschäftsstelle zu liefern.
4. Die Geschäftsstelle ermittelt bis spätestens 9 Monate nach Ablauf des Prüfzeitraums für jeden Vertragsarzt die Richtgrößensumme, die sich aus der Multiplikation der Richtgrößen für die Arztgruppe mit den Fallzahlen (M/F bzw. R) dieses Vertragsarztes ergibt.  
Abweichend hiervon wird die Ermittlung der jeweiligen Richtgrößensumme für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V jeweils in der gültigen Richtgrößenvereinbarung geregelt.

Die Geschäftsstelle stellt den Vertragspartnern für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen folgende Daten arztbezogen zur Verfügung:

- a) Arztnummer
  - b) Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen getrennt nach Arznei- und Verbandmitteln (einschließlich Sprechstundenbedarf) sowie Heilmitteln
  - c) Fallzahl, getrennt nach Allgemeinversicherten und Rentnern
  - d) die nach Satz 1 ermittelte Richtgrößensumme getrennt nach Arznei- und Verbandmitteln sowie Heilmitteln
  - e) die veranlassten Ausgaben brutto und netto jeweils getrennt nach Arznei- und Verbandmitteln sowie Heilmitteln.
5. Die Krankenkassen liefern neben den statistischen Angaben nach § 296 Abs. 2 sowie § 297 Abs. 3 SGB V Einzeldatensätze gem. § 14 dieser Vereinbarung für die Vertragsärzte, die ihr Richtgrößenvolumen bei Arzneimitteln und Heilmitteln um mehr als 15 v. H. überschritten haben, spätestens zwei Monate nach Anforderung durch die Geschäftsstelle.
6. Die Richtgrößenprüfung wird wie folgt durchgeführt:
- a) Bei einer Überschreitung der Richtgrößensumme (brutto) um mehr als 15 bis zu 25 vom Hundert erfolgt eine Beratung des Vertragsarztes nach § 9 Abs. 1 dieser Vereinbarung, wenn der Prüfungsausschuss bzw. dessen Kammer aufgrund der vorliegenden Daten nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist.
  - b) Bei einer Überschreitung der Richtgrößensumme (brutto) um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch den Prüfungsausschuss bzw. dessen Kammer den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten (vgl. f.) begründet ist. Anträge gemäß §§ 24, 25 und 26 dieser Vereinbarung bleiben hiervon unberührt.

- c) Innerhalb der arztbezogenen Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V ist auch die Einhaltung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, soweit ihre Geltung auf § 35b Abs. 1 SGB V beruht, zu prüfen. Ergeben sich bei der Durchführung der Richtgrößenprüfung Anhaltspunkte für einen Verstoß gegen die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V soweit ihre Geltung auf § 35b Abs. 1 SGB V beruht, ist dem Arzt Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Fristen setzt der Prüfungsausschuss bzw. dessen Kammer fest.
- d) Ergeben sich im Rahmen der Richtgrößenprüfung vor dem Prüfungsausschuss bzw. dessen Kammer Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Verordnung trotz fehlender Leistungspflicht oder eines sonstigen Schadens, so können Prüfanträge abweichend von den in den §§ 24 und 25 genannten Fristen gestellt werden. Diese Fälle werden vertagt. Die entsprechenden Anträge sind innerhalb einer Frist von 3 Monaten von den Krankenkassen, bzw. deren Verbänden zu stellen und zu begründen. Liegt auch nach Berücksichtigung eines Verordnungsregresses wegen fehlender Leistungspflicht und/oder eines sonstigen Schadens eine Überschreitung der Richtgröße vor, erfolgt eine Beratung entsprechend Absatz 6a oder die Festsetzung einer Schadenersatzverpflichtung entsprechend Absatz 6b.
- e) Werden im Rahmen der Richtgrößenprüfung weitere Prüfverfahren von Amts wegen oder auf Antrag eingeleitet, so muss über deren Ergebnis und das Ergebnis der Richtgrößenprüfung in ein und derselben Sitzung des Prüfungs- oder des Beschwerdeausschusses bzw. deren Kammern entschieden werden.
- f) Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern prüfen auf der Grundlage der gemäß § 5 Abs. 3 dieser Vereinbarung von der Geschäftsstelle aufbereiteten Unterlagen 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 jeweils die vereinbarten Indikationsgebiete zu berücksichtigen. Die festgestellten Praxisbesonderheiten sind vom Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern zu quantifizieren. Zur Ermittlung der Höhe der anzuerkennenden Praxisbeson-

derheiten können die Ausschüsse bzw. Kammern statistische Vergleiche mit den jeweiligen Fachgruppen heranziehen.

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

- g) Die vom Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern als Praxisbesonderheiten anerkannten Verordnungskosten (brutto) und festgestellte Erstattungsbeträge für sonstige den selben Ordnungszeitraum betreffende Unwirtschaftlichkeiten der Ordnungsweise (brutto) sind von den durch den Vertragsarzt veranlassten Bruttoausgaben abzuziehen.\*<sup>1</sup> Der verbleibende Überschreibungsbetrag (in Prozent) entscheidet darüber, ob das weitere Verfahren gemäß Absatz 6a oder 6b fortzuführen ist.
7. Bei der Festsetzung des Erstattungsbetrages ist hinsichtlich der Berücksichtigung der anerkannten Praxisbesonderheiten und der Ermittlung der veranlassten Nettoausgaben wie folgt vorzugehen \*<sup>2</sup>:
- a) Von den Bruttoausgaben sind die vom Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern als Praxisbesonderheiten anerkannten Verordnungskosten und ggf. festgesetzte Ordnungsregresse wegen fehlender Leistungspflicht nach § 24 und/oder eines sonstigen Schadens nach § 25 und die gemäß § 11 Abs. 6c festgestellten Unwirtschaftlichkeiten als Minderausgaben brutto abzuziehen. Ordnungsregresse nach § 26 A und B sind ebenfalls abzuziehen.
- b) Auf Grundlage der nach § 14 A Abs. 1 bzw. § 14 B Abs. 1 gelieferten Brutto- und Nettoverordnungssummen wird jeweils eine Brutto-/Nettoquote gebildet. Diese Brutto-/Nettoquote ergibt sich aus der Division der Nettoverordnungs-kostensumme durch die Bruttoverordnungs-kostensumme.
- c) Der nach a) ermittelte verbleibende Bruttomehraufwand ergibt nach Multiplikation mit der Brutto-/Nettoquote nach b) den als Regress festzusetzenden Nettobetrag.

\*<sup>1</sup> Hierzu zählen die Erstattungsbeträge nach den §§ 24 bis 26 und ggf. nach § 11 Abs. 6c

\*<sup>2</sup> Die Regelungen Abs. 7 a - c finden Anwendung bis die technischen Voraussetzungen für die PZN-bezogene bzw. Heilmittelpositionsnummer-bezogene Ermittlung von Nettobeträgen geschaffen wurden.

- d) Hat der Arzt einen deutlich höheren Anteil zuzahlungsbefreiter Patienten als die Fachgruppe, wird dies bei der Festlegung der Regresssumme berücksichtigt.
- e) Der Prüfungsausschuss bzw. dessen Kammer sollen vor ihren Entscheidungen und der Festsetzung von Maßnahmen gemäß § 106 Abs. 5a Satz 4 SGB V auf eine Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann.
- f) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird abweichend von § 11 Abs. 6b und Abs. 7c dieser Vereinbarung nicht festgesetzt, soweit der Prüfungsausschuss bzw. dessen Kammer mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße ist für den Zeitraum von vier Quartalen zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu nichts anderes vereinbart ist.

8. Die Erstattungsansprüche werden wie folgt realisiert:

Die nach Maßgabe der Gesamtverträge zu entrichtende Vergütung verringert sich für ab 01.01.2004 durchgeführte Richtgrößenprüfungen um den gemäß § 11 Abs. 6b und Abs. 7c dieser Vereinbarung als Schadensersatzverpflichtung festgesetzten Betrag. Die Krankenkassen verringern die an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtende Gesamtvergütung anteilmäßig um diesen Betrag. Die Verrechnung erfolgt mit der nächstfolgenden Quartalsrestzahlung.

Dies gilt für die bis zum Verordnungszeitraum 2003 durchgeführten Richtgrößenprüfungen nicht, wenn ein Rückgriff der KV Berlin auf das Honorar des Arztes wegen Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit oder Insolvenz nicht oder nicht vollständig möglich ist. Die KV Berlin teilt dies den Krankenkassen mit und tritt die Ansprüche bzw. den nicht durchsetzbaren Anteil des Rückgriffsanspruchs gemäß § 52 Abs. 2 BMV-Ä/ § 48 Abs. 2 EKV an die Krankenkassen ab.

9. Wenn ein Vertragsarzt sein Richtgrößenvolumen in drei aufeinanderfolgenden Jahren um mehr als 25 % überschritten hat und in den ersten beiden Jahren die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet werden konnte und die Stellungnahme des Arztes für das dritte Jahr keine grundlegende Veränderung der Praxistätigkeit erkennen lässt, kann der Ausschuss im dritten Jahr von einer näheren Prüfung der Praxisbesonderheiten und von einer näheren Begründung im Bescheid absehen. Bei der Ermessensausübung hat der Ausschuss zu berücksichtigen, ob der Arzt eine angemessene Zeit hatte, sein Verhalten zu korrigieren.

## **Unterabschnitt 2.2: Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten**

### **§ 12**

#### **Ersatzweise Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten**

1. Die Prüfung der Verordnungsweise bei Arznei- und Verbandmitteln (einschließlich Sprechstundenbedarf) sowie Heilmitteln - im Sinne dieses Abschnitts - erfolgt nach Durchschnittswerten
  - a) für Arztgruppen, für die keine Richtgrößen vereinbart worden sind oder
  - b) wenn eine Richtgrößenprüfung aus anderen Gründen nicht möglich ist.

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

2. Nach Vorliegen der statistischen Ergebnisse betreffend die in Absatz 1 genannten Verordnungen werden die Vertragsärzte von der Geschäftsstelle 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 bei der Prüfung nach § 12 Abs. 1a nach dem Fachgruppenschlüssel der KBV und bei Prüfungen nach § 12 Abs. 1b nach der Fachgruppensystematik der jeweils geltenden Richtgrößenvereinbarung. Für die Prüfungen nach § 12 Abs. 1b liefert die KV Berlin die entsprechenden Zuordnungsdateien. Die Berechnung der Überschreitungssätze erfolgt 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 und die zur Prüfung nach Durchschnittswerten entwickelte Rechtsprechung nichts Abweichendes regeln.
6. Die Krankenkassen oder ihre Verbände können unter den in Absatz 1 genannten Voraussetzungen zusätzlich zur Prüfung von Amts wegen Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten stellen. Die Anträge sind zu begründen und müssen innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Ende 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 Antragstellung vierundzwanzig Monate nach Ende des zu prüfenden Ordnungsquartals.

Der Antrag kann nicht für einen Arzt gestellt werden, für den im Wege der Vorabprüfung im Rahmen der Richtgrößenprüfung die Fortführung des Prüfverfahrens abgelehnt worden ist.

Soweit die Datensätze gemäß § 14 dieser Vereinbarung einzelner Krankenkassen bzw. Kassenarten dem Prüfungsgremium nicht vorliegen, sind Regressmaßnahmen für diese Krankenkasse bzw. Kassenart nicht zu vollziehen.

7. Der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern haben vorrangig zu prüfen, ob gezielte schriftliche oder mündliche Beratungen des Vertragsarztes ausreichend sind, um in Zukunft eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu gewährleisten.
8. Für die Festsetzung eines Erstattungsbetrages haben der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern nach folgenden Grundsätzen zu verfahren:
  - a) Der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern setzen 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 setzen der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern unter Berücksichtigung der Rechtsprechung einen auf einer Schätzung beruhenden Regress fest.
9. Wenn ein Vertragsarzt im Rahmen der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten in vier aufeinanderfolgenden Quartalen die Kriterien gem. § 12 Abs. 4 erfüllt hat und in den ersten drei Quartalen die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet werden konnte und die Stellungnahme des Arztes für das vierte Quartal keine grundlegende Veränderung der Praxistätigkeit erkennen lässt, kann der Ausschuss im vierten Quartal von einer näheren Prüfung der Praxisbesonderheiten absehen und einen pauschalen Erstattungsbetrag festsetzen. Bei der Ermessensausübung hat der Aus-



schluss zu berücksichtigen, ob der Arzt eine angemessene Zeit hatte sein Verhalten zu korrigieren.

### **Unterabschnitt 2.3: Prüfunterlagen**

#### **§ 13**

#### **Art und Inhalt der von der KV zu liefernden Prüfunterlagen für ärztlich verordnete Leistungen**

Für die Prüfung nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V liefert die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 296 Absatz 1 SGB V einen weiterverarbeitbaren Datensatz an die Geschäftsstelle mit folgenden Inhalten:

- a) Arztnummer,
- b) IK der Krankenkassen,
- c) Abrechnungsquartal,
- d) Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle, gesamt und getrennt nach dem Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner), entsprechend den Vorgaben der jeweils geltenden Richtgrößenvereinbarung.
- e) Die KV stellt eine Zuordnung der Stempelnummern zur Fachgruppeneinteilung der jeweils geltenden Richtgrößenvereinbarung sicher.

Soweit zur Prüfung der Einhaltung der Richtlinien nach Maßgabe von § 106 Abs. 5b SGB V erforderlich, sind die Daten nach d) jeweils unter Angabe der verschlüsselten Diagnose zu übermitteln.

**§ 14****Art und Inhalt der von den Krankenkassen bzw. deren Verbänden zu liefernden Prüfunterlagen für ärztlich verordnete Leistungen****A) Arznei- und Verbandmittel sowie Sprechstundenbedarf**

1. Ermittlung der Richtgrößenüberschreiter: Für die Prüfung nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V liefern die jeweiligen Krankenkassen bzw. ihre Verbände gemäß § 296 Absatz 2 SGB V nach sachlich rechnerischer Prüfung jeweils einen weiterverarbeitbaren Datensatz (Arzneimitteldatei) an die Geschäftsstelle mit folgenden Inhalten:
  - a) Arztnummer
  - b) Verordnungsquartal
  - c) IK der Krankenkasse bzw. des Verbandes
  - d) Name der Krankenkasse bzw. des Verbandes
  - e) Versichertenstatus
  - f) Anzahl Einzelverordnung
  - g) Gesamtbrutto
  - h) Gesamtnetto
  
2. Durchführung der Richtgrößenprüfung: Werden auf Basis dieser Daten die in § 106 Abs. 5a SGB V bzw. in § 11 Abs. 6a und b sowie § 12 Abs. 4 dieser Vereinbarung festgelegten Vom-Hundertsätze der Überschreitung zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung von einem Arzt erreicht, dann liefern die jeweiligen Krankenkassen bzw. deren Verbände für diesen Arzt einen weiterverarbeitbaren Datensatz, der die Einzelverordnungen ausweist (erweiterte Arzneimitteldatei), mit folgenden Angaben an die Geschäftsstelle:
  - a) Arztnummer
  - b) Versichertennummer
  - c) IK der Krankenkasse
  - d) Name der Krankenkasse
  - e) Pharmazentralnummer (PZN)

- f) Präparat im Klartext
- g) Mengenfaktor
- h) Bruttobetrag
- i) Rabatte
- j) Verordnungsdatum
- k) Belegnummer

Macht der Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet der Prüfungsausschuss bzw. der Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und die Richtigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Originalbelegen oder aus Kopien dieser Belege zu überprüfen ist. Die Prüfungsgremien können die Vorlage bestimmter Originalbelege oder Kopien verlangen, wenn sich die begründeten Zweifel des geprüften Arztes auf die Verordnung eines bestimmten Arzneimittels oder auf einen bestimmten Patienten beziehen.

3. Zusätzlich zur erweiterten Arzneimitteldatei nach Absatz 2 erstellen die Verbände der Krankenkassen nach sachlich rechnerischer Prüfung einen weiterverarbeitbaren Datensatz (Sprechstundenbedarfsdatei) für durch Apotheken gelieferten Sprechstundenbedarf mit folgenden Angaben:

- a) Arztnummer
- b) Verordnungsquartal
- c) Zahl der Verordnungen für Sprechstundenbedarf (ohne Impfstoffe)
- d) Wert der Verordnungen für Sprechstundenbedarf (ohne Impfstoffe).
- e) Pharmazentralnummer (PZN)
- f) Präparat im Klartext

4. Das Verordnungsquartal entspricht dem Abrechnungsquartal für ärztliche Leistungen. Verschiebungen von bis zu 28 Tagen bei der Zuordnung zum Verordnungsquartal sind zulässig, sofern sie sich aus einer entsprechenden Verschiebung des Einlösedatums ergeben.

## B) Heilmittel

1. Ermittlung der Richtgrößenüberschreiter: Für die Prüfung nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V liefern die jeweiligen Krankenkassen bzw. deren Verbände gemäß § 296 Absatz 2 SGB V nach sachlich rechnerischer Prüfung jeweils einen weiterverarbeitbaren Datensatz (Heilmitteldatei) mit folgenden Inhalten an die Geschäftsstelle:
  - a) Arztnummer
  - b) Verordnungsquartal
  - c) IK der Krankenkasse bzw. des Verbandes
  - d) Name der Krankenkasse bzw. des Verbandes
  - e) Versichertenstatus
  - f) Gesamt-Brutto
  - g) Gesamt-Netto
  
2. Durchführung der Richtgrößenprüfung: Werden auf der Basis dieser Daten die in § 106 Abs. 5a SGB V bzw. in § 11 Abs. 6a und 6b sowie § 12 Abs. 4 dieser Vereinbarung festgelegten Vom-Hundertsätze der Überschreitung zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung von einem Arzt erreicht, dann liefern die jeweiligen Krankenkassen bzw. deren Verbände für diesen Arzt einen weiterverarbeitbaren Datensatz, der die Einzelverordnungen ausweist (erweiterte Heilmitteldatei), mit folgenden Angaben an die Geschäftsstelle:
  - a) Arztnummer
  - b) Versicherten-Nr
  - c) IK der Krankenkasse bzw. des Verbandes
  - d) Name der Krankenkasse bzw. des Verbandes
  - e) Leistungspositionsnummer
  - f) Heilmittel im Klartext (Heilmittelpositionsverzeichnis wird der Geschäftsstelle ersatzweise zur Verfügung gestellt)
  - g) Mengenfaktor
  - h) Bruttobetrag
  - i) Verordnungsdatum

j) vorhandene Belegnummer

Macht der Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet der Prüfungsausschuss bzw. dessen Kammer, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und die Richtigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Originalbelegen oder aus Kopien dieser Belege zu überprüfen ist. Der Prüfungsausschuss kann die Vorlage bestimmter Originalbelege oder Kopien verlangen, wenn sich die begründeten Zweifel des geprüften Arztes auf die Verordnung eines bestimmten Heilmittels oder auf einen bestimmten Patienten beziehen.

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

### **Abschnitt 3:**

#### **Weitere Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

#### **Unterabschnitt 3.1: Arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben**

### **§ 15**

#### **Stichprobenprüfung**

Die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben erfolgt nach Vorliegen der Richtlinien gemäß § 106 Abs. 2b Satz 1 SGB V. Die Vertragspartner regeln die Einzelheiten hierzu in einer Ergänzungsvereinbarung zu dieser Vereinbarung.

Bis zum Inkrafttreten der Richtlinien nach § 106 Abs. 2b Satz 1 SGB V erfolgt ersatzweise die Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten gemäß § 20 dieser Vereinbarung.

**§§ 16 – 19****Unbesetzt****Unterabschnitt 3.2: Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten****§ 20****Durchführung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten**

1. Der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern 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 pauschalisierten 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 für das gleiche Quartal nicht durchgeführt werden.
3. Die Prüfung der Behandlungsweise von Amts wegen erfolgt quartalsversetzt, wobei die Prüfung im Prüfungsausschuss grundsätzlich 6 Monate nach Abgabe der Quartalsabrechnung abgeschlossen sein sollte. Die von der Prüfung der Behandlungstätigkeit von Amts wegen betroffenen Vertragsärzte werden von der Geschäftsstelle unterrichtet und zur Stellungnahme aufgefordert.

## **§ 21**

### **Art und Inhalt der Prüfunterlagen**

Für die Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten erstellt die KV Berlin für die in § 1 Abs. 1 genannten Personen die in Abschnitt 6, § 12 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern vorgesehenen Übersichten und übergibt sie der Geschäftsstelle.

## **§ 22**

### **Prüfkriterien**

1. In die Prüfung werden 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. Als Aufgreifkriterium bleiben hierbei Präventionsleistungen und Impfungen außer Betracht.
2. Hierzu erstellt die KV Berlin Prüfprotokolle für die Fälle nach Absatz 1.
3. Der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern 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.
4. Der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern haben vorrangig zu prüfen, ob gezielte schriftliche oder mündliche Beratungen des Vertragsarztes ausreichend sind, um in Zukunft eine wirtschaftliche Behandlungsweise zu gewährleisten.

5. Steht die durchschnittliche Honorarforderung eines Vertragsarztes je Behandlungsfall in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten seiner Vergleichsgruppe, können der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern eine auf einer Schätzung beruhende Honorarkürzung vornehmen. Die Kürzung ist zu begründen.
6. Steht die durchschnittliche Leistungsanforderung eines Vertragsarztes nach Absatz 1 je Behandlungsfall nach Herausrechnung der anerkannten Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Ersparnisse nicht mehr im offensichtlichen Missverhältnis zu den jeweiligen Durchschnittswerten der entsprechenden Vergleichsgruppe, kann durch Prüfung einer genügenden Anzahl von Behandlungsfällen das Vorliegen der unwirtschaftlichen Behandlungsweise nachgewiesen und festgestellt werden. Nach Bestimmung des unwirtschaftlichen Mehraufwandes ist die im Ermessen des Prüfungsausschusses stehende Kürzungsentscheidung näher, auch durch Angabe von Fallbeispielen, zu begründen.
7. Honorarkürzungen sind vorzunehmen, soweit eine Beratung nach Absatz 4 nicht ausreicht und keine Praxisbesonderheiten vorliegen, die den Mehraufwand in seiner Gesamtheit begründen und/oder der Mehraufwand durch einen Minderaufwand nicht vollständig ausgeglichen wird.
8. Der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern setzen die Honorarkürzungen unter Würdigung der ihnen von der Geschäftsstelle aufbereiteten Unterlagen und aller ihnen bekannten Umstände fest. Die Kürzungen können sich sowohl auf das Honorar in einzelnen Leistungssparten als auch auf einzelne Leistungen beziehen. In Ausnahmefällen wird das Gesamthonorar des Vertragsarztes gekürzt, sofern bei jeder Leistungssparte Unwirtschaftlichkeit vorliegt.
9. Wenn ein Vertragsarzt im Rahmen der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten in vier aufeinanderfolgenden Quartalen die Kriterien gem. Absatz 1 erfüllt hat und in den ersten drei Quartalen die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet werden konnte und die Stellungnahme des Arztes für das vierte Quartal keine grundlegende Veränderung der Praxistätigkeit erkennen lässt, kann der Ausschuss für das vierte Quartal



eine pauschale Honorarkürzung vornehmen. Bei der Ermessensausübung hat der Ausschuss zu berücksichtigen, ob der Arzt eine angemessene Zeit hatte, sein Verhalten zu korrigieren.

## **§ 23**

### **Rechnerische und sachliche Beanstandungen**

Stellen die Ausschüsse bzw. die Kammern im Rahmen ihrer Tätigkeit fest, dass sachliche - auch gebührenordnungsgemäße - oder rechnerische Fehler vorliegen, oder nicht abrechnungsfähige Leistungen abgerechnet wurden, und sie diese nicht im Rahmen ihrer Kompetenz (Randberichtigung) korrigieren können, so ist die Abrechnung an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zur Überprüfung zurückzugeben. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin hat hierüber grundsätzlich innerhalb von 12 Wochen zu entscheiden und die Prüfungsgremien unverzüglich über die Entscheidung zu unterrichten. Das Prüfverfahren ist bis zu dieser Entscheidung auszusetzen. Nach Abschluss des Prüfverfahrens vor dem jeweiligen Ausschuss bzw. der jeweiligen Kammer ist die Beantragung von sachlich-rechnerischen Richtigstellungen zum Prüfungsgegenstand nicht mehr möglich.

### **Abschnitt 4:**

#### **Verfahren auf Festsetzung eines Verordnungsregresses wegen fehlender Leistungspflicht, auf Feststellung eines sonstigen Schadens und Prüfung in besonderen Fällen**

## **§ 24**

### **Anträge auf Festsetzung eines Verordnungsregresses wegen fehlender Leistungspflicht**

1. Der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern entscheiden auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes über die Festsetzung eines Verordnungsregresses, wenn der Vertragsarzt Leistungen verordnet hat, für die keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Das gilt insbesondere

- a) für die Verordnung von Arzneimitteln, die nach gesetzlichen bzw. vertraglichen Bestimmungen, oder nach den Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Versorgung ausgeschlossen sind oder für die aufgrund arzneimittelrechtlicher Regelungen keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht;
  - b) für die unzulässige Verordnung von Arzneimitteln außerhalb der Zulassungsindikation dieser Arzneimittel (off-label-use);
  - c) für die Verordnung von sonstigen Leistungen, für die nach gesetzlichen bzw. vertraglichen Bestimmungen, nach anderen rechtlichen Regelungen oder nach den Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.
2. Der Antrag ist zu begründen und soll innerhalb einer Frist von 12 Monaten, spätestens nach 15 Monaten, seit Ende des Quartals, in dem die Verordnung abgerechnet wurde, bei der Geschäftsstelle vorliegen. Überschreitet die KV Berlin gegenüber der Krankenkasse bzw. der von dieser beauftragten Datenverarbeitungsstelle die Frist von 6 Monaten nach Ende des Ordnungsquartals für die Lieferung der versichertenbezogenen Diagnosen nach ICD 10, so verlängert sich die Antragsfrist entsprechend. Die Krankenkasse oder der Verband muss dem Antrag alle zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen und die Nachweise zur Höhe des geltend gemachten Regresses beifügen sowie die Höhe des beantragten Regresses benennen.
3. Ein Antrag ist ausgeschlossen, wenn der beantragte Ordnungsregress € 50,- nicht übersteigt. Für Anträge nach Absatz 1a und 1c gilt keine Bagatellgrenze.

## **§ 25**

### **Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens**

1. Der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern entscheiden auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Verbandes über den durch einen Vertragsarzt verursachten Schaden, der aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen unter Berücksichtigung des Gesamtzusammenhanges entsteht. Dies gilt gemäß §106 Abs. 3a SGB V nicht für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Die Regelungen des § 48 Bundesmantelvertrages Ärzte bzw. § 44 Arzt-Ersatzkassenvertrag finden entsprechende Anwendung.
2. Der Antrag ist zu begründen und muss innerhalb einer Frist von 15 Monaten seit Bekannt werden des Sachverhaltes, längstens drei Jahren nach dem Ausstellungsquartal der Bescheinigung, bei der Geschäftsstelle vorliegen. Die Krankenkasse oder der Verband 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.

## **§ 26**

### **Prüfung in besonderen Fällen**

#### **A) Einzelfallprüfung**

1. Auf Antrag der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände oder der KV Berlin prüfen der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern auch, ob der Vertragsarzt im einzelnen Behandlungsfall
  - a) unwirtschaftliche Behandlungsleistungen abgerechnet oder veranlasst hat,
  - b) unwirtschaftliche Verordnungsmengen oder Kombinationen von Leistungen und/oder Arzneimitteln 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 € pro Antrag beträgt. Die Anträge sind innerhalb einer Frist von 18 Monaten nach Ende des Quartals zu stellen, in dem der vom Antrag erfasste Sachverhalt aufgetreten ist. Überschreitet die KV Berlin gegenüber der Krankenkasse bzw. der von dieser beauftragten Datenverarbeitungsstelle die Frist von 6 Monaten nach Ende des Verordnungsquartals für die Lieferung der versichertenbezogenen Diagnosen nach ICD 10, so verlängert sich die Antragsfrist entsprechend.
3. Halten der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern den Antrag für ganz oder teilweise begründet, setzen sie den vom Vertragsarzt zu leistenden Erstattungsbetrag fest.

## **B) Präparatebezogene Einzelfallprüfung**

1. Auf Antrag der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände oder der KV Berlin prüfen der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern die Verordnungsweise von Vertragsärzten bei einzelnen Präparaten auf Unwirtschaftlichkeit.
2. Anträge können gestellt werden, wenn sich aus einer relevanten Abweichung für einzelne Präparate gegenüber dem Durchschnitt der diese Präparate verordnenden Ärzte bei den antragstellenden Krankenkassen der Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit des Vertragsarztes ergibt.
3. Die Anträge können vom Ausschussvorsitzenden oder der von ihm beauftragten Geschäftsstelle vorab dahingehend geprüft werden, ob
  - die absolute Anzahl der Fälle, in denen das betreffende Präparat vom Vertragsarzt verordnet wurde und
  - die Abweichung vom Durchschnitt der dieses Präparat verordnenden Ärzte bei den antragstellenden Krankenkassenden Antrag rechtfertigen.

4. Die Anträge sind zu begründen und haben die Voraussetzungen des Absatzes 2 sowie 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 € pro Antrag beträgt. Die Anträge sind innerhalb einer Frist 18 Monaten nach Ende des Quartals zu stellen, in dem der vom Antrag erfasste Sachverhalt aufgetreten ist. Überschreitet die KV Berlin gegenüber der Krankenkasse bzw. der von dieser beauftragten Datenverarbeitungsstelle die Frist von 6 Monaten nach Ende des Verordnungsquartals für die Lieferung der versichertenbezogenen Diagnosen nach ICD 10, so verlängert sich die Antragsfrist entsprechend.
5. Halten der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern den Antrag für ganz oder teilweise begründet, setzen sie den vom Vertragsarzt zu leistenden Erstattungsbetrag fest.

## **§ 27**

### **Prüfung nach § 106a Abs. 4 Satz 3 SGB V**

Bei festgestellter Unplausibilität nach § 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V kann die Krankenkasse oder ihr Verband eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V beantragen; dies gilt für die Kassenärztliche Vereinigung bei festgestellter Unplausibilität nach § 106a Absatz 2 SGB V entsprechend.

## **§ 28**

### **Durchsetzung der Schadenersatzansprüche**

1. Die Erstattungsansprüche nach § 12 und Abschnitt 4 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.

2. Abweichend von Absatz 1 gilt für den Fall, dass die Durchschnittsprüfung ersatzweise für die Richtgrößenprüfung durchgeführt wird, die Erstattungsregelung der Richtgrößenprüfung nach § 11 Abs. 8.

## **Abschnitt 5:**

### **Salvatorische Klausel, Inkrafttreten, Kündigung**

#### **§ 29**

##### **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.

## § 30

### Inkrafttreten

1. Diese Vereinbarung tritt mit der rechtswirksamen Bekanntgabe im KV-Mitteilungsblatt Februar 2006 in Kraft.

Sie gilt für alle ab der Bekanntgabe nach den §§ 24, 25 sowie 26 dieser Vereinbarung gestellten Anträge. Entgegen den in den §§ 24, 25 sowie 26 genannten Fristen können Anträge nach diesen Paragraphen nicht für einen Verordnungszeitraum vor 2004 gestellt werden.

Diese Vereinbarung gilt für die Richtgrößenprüfung und für die ersatzweise Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten ab dem Verordnungsjahr 2003, soweit in dieser Vereinbarung nichts Anderes geregelt ist.

Die Vereinbarung gilt für die Prüfung der ärztlichen Behandlungstätigkeit ab dem ersten Quartal 2005.

2. Für die Prüfung der Richtgrößen bzw. der ersatzweisen Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten einschließlich des Verordnungsjahres 2002 sowie für die Prüfung der Behandlungstätigkeit einschließlich des Jahres 2004 gilt die Prüfvereinbarung vom 20.06.2003 insoweit fort, als die o.g. Prüfungen betroffen sind und soweit in der vorliegenden Vereinbarung nichts Anderes geregelt ist. Insbesondere gelten die Regelungen der §§ 11 Abs. 8 und 28 Abs. 2 der vorliegenden Vereinbarung auch für die dort genannten Prüfverfahren.

Im Übrigen treten die weiteren Regelungen der Prüfvereinbarung vom 20.06.2003 zeitgleich mit dem Inkrafttreten dieser Vereinbarung außer Kraft.

Außer Kraft treten zu diesem Zeitpunkt ebenfalls die Vereinbarung zum Änderungsbedarf aus § 106 SGB V i. d. F. des GMG vom 18.05.2004 sowie die Änderungsvereinbarung zur Prüfvereinbarung vom 01.06.2005.

**§ 31**

**Kündigung**

Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2006 gekündigt werden.

**Anlage:**

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

Berlin, den 22.12.2005

---

**Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Der Vorstand**

---

**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**

---

**BKK-Landesverband Ost  
- Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg -  
Der Vorstandb**



---

**BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse  
Der Vorstand**

---

**Knappschaft Dienststelle Berlin  
- vertreten durch die AOK Berlin – Die Gesundheitskasse -  
Der Vorstand**

---

**Krankenkasse für den Gartenbau handelnd als Landesverband  
für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung in Berlin  
Der Vorstand**

---

**Seekrankenkasse  
- vertreten durch die AOK Berlin – Die Gesundheitskasse -  
Der 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.