

## **Vereinbarung gemäß § 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**  
handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4 SGB V für die  
Innungskrankenkassen mit Mitgliedern in Berlin

der **Knappschaft - Dienststelle Berlin**

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: **Zufälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und Umsetzung der Regelungen nach § 84 Abs. 7a SGB V**

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

§ 15 Durchführung der Zufälligkeitsprüfung

§ 16 Datenlieferungen, Datenaufbereitung

§ 17a Prüfungsmethoden der Zufälligkeitsprüfung

§ 17b Prüfungsgegenstände

§ 17c Prüfkriterien

§ 18 unbesetzt

Unterabschnitt 3.2: **Arztbezogene Prüfung auf der Grundlage von Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit**

§ 19 Regelungen nach § 84 Abs. 7a SGB V

Unterabschnitt 3.3: **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 für nicht gemäß § 264 Abs. 2 ff SGB V versicherte Personen nicht angewandt, solange die Klage der KV Berlin gegen die Entscheidung des Landesschiedsamtes anhängig ist und die Anordnung der aufschiebenden Wirkung fort dauert. Sollte der Rechtsstreit ohne eine Entscheidung in der Sache enden, werden sich die Vertragspartner kurzfristig über den Geltungsbereich dieser Prüfvereinbarung für diesen Personenkreis verständigen.

## 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

geworden 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. Den Vertragsärzten soll durch die Geschäftsstelle für die Stellungnahme zum Prüfverfahren eine Frist von einem Monat eingeräumt werden. Die Geschäftsstelle kann in begründeten Fällen eine einmalige Verlängerung dieser Frist um einen weiteren Monat einräumen. Über weitere Fristverlängerungen entscheidet im Einzelfall der Prüfungsausschuss oder seine Kammer.
5. 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.

6. Über den Widerspruch eines Beteiligten gegen eine Entscheidung des Prüfungsausschusses oder seiner Kammer entscheidet der Beschwerdeausschuss oder dessen Kammer nach mündlicher Verhandlung.
7. 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.
8. 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.
9. Wird vom Prüfungs- oder Beschwerdeausschuss oder deren Kammern als Maßnahme eine mündliche Beratung ausgesprochen und nimmt der betroffene Arzt den Beratungstermin ohne triftigen Grund nicht wahr, so informiert der Vorsitzende des Prüfungs- oder Beschwerdeausschusses oder deren Kammern oder die Geschäftsstelle den Vorstand der KV Berlin hiervon. In diesem Fall wird der Arzt mit der nach der Gebührenordnung der KV Berlin für besonders aufwändige Verwaltungsverfahren fälligen Gebühr belegt, die von der KV Berlin an die Geschäftsstelle weitergeleitet wird.

## **§ 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

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. Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss 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 Ordnungsregresses 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),
  - 2.9. Prüfung auf der Grundlage von Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit (§ 19).
3. Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern entscheiden darüber, ob die ärztliche Behandlungs- oder Ordnungsweise 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 ihre Richtgrößensumme bei Arzneimitteln und/oder 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) Die Geschäftsstelle ermittelt diejenigen Ärzte, die ihre Richtgrößensumme um mehr als 15 % überschritten haben. Für diese Ärzte erfolgt eine Vorabprüfung gem. § 106 Abs. 5 a Satz 1 SGB V durch den Prüfungsausschuss. Der

Prüfungsausschuss legt hierfür Kriterien fest, die schriftlich zu fixieren sind und jährlich angepasst werden können.

- b) 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.
- c) 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 begründet ist. Anträge gemäß §§ 24, 25 und 26 dieser Vereinbarung bleiben hiervon unberührt.
- d) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung hat der Prüfungsausschuss bzw. dessen Kammer auch die Bestimmungen der für das jeweilige Prüfjahr geltenden Vereinbarung nach § 84 Abs. 6 und Abs. 7a SGB V anzuwenden.
- e) 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.
- f) 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 Richtgrößensumme vor, erfolgt eine Beratung entsprechend Absatz 6b oder die Festsetzung einer Schadenersatzverpflichtung entsprechend Absatz 6c.

- g) 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.
- h) 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 Praxisbesonderheiten 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.

- i) Die vom Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern als Praxisbesonderheiten anerkannten Verordnungskosten (brutto) und festgestellte Erstattungsbeträge für sonstige den selben Verordnungszeitraum betreffende Unwirtschaftlichkeiten der Verordnungsweise (brutto) sind von den durch den Vertragsarzt veranlassten Bruttoausgaben abzuziehen. Hierzu zählen die Erstattungsbeträge nach den §§ 24 bis 26 und ggf. nach § 11 Abs.

6e. Der verbleibende Überschreibungsbetrag (in Prozent) entscheidet darüber, ob das weitere Verfahren gemäß Absatz 6b oder 6c fortzuführen ist.

7. Bei der Festsetzung des Erstattungsbetrages ist hinsichtlich der Berücksichtigung der anerkannten Praxisbesonderheiten und der Ermittlung der veranlassten Nettoausgaben wie folgt vorzugehen \*:

- a) Von den Bruttoausgaben sind die vom Prüfungs- und Beschwerdeausschuss bzw. deren Kammern als Praxisbesonderheiten anerkannten Verordnungskosten und ggf. festgesetzte Verordnungsregresse wegen fehlender Leistungspflicht nach § 24 und/oder eines sonstigen Schadens nach § 25 und die gemäß § 11 Abs. 6e festgestellten Unwirtschaftlichkeiten als Minderausgaben brutto abzuziehen. Verordnungsregresse 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 Nettoverordnungskostensumme durch die Bruttoverordnungskostensumme.
- c) Der nach a) ermittelte verbleibende Bruttomehraufwand ergibt nach Multiplikation mit der Brutto-/Nettoquote nach b) den als Regress festzusetzenden Nettobetrag.
- 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. 6c und Abs. 7c dieser Vereinbarung nicht festgesetzt, soweit der

\* Die Regelungen Abs. 7 b und c finden Anwendung bis die technischen Voraussetzungen für die PZN-bezogene bzw. Heilmittelpositionsnummer-bezogene Ermittlung von Nettobeträgen geschaffen wurden.

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. 6c 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 seine Richtgrößensumme 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 Verordnungsweise 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 Verordnungsweise 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 Verordnungsweise 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 Ausschuss zu berücksichtigen, ob der Arzt angemessen 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. 6b und c 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. 6b und 6c 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:**

#### **Zufälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und Umsetzung der Regelungen nach § 84 Abs. 7a SGB V**

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

Die Regelungen dieses Unterabschnittes gelten erstmals für das Leistungs- und Verordnungsquartal I/2005. Für Prüfungsgegenstände, welche die ärztliche Leistungsabrechnung nach dem EBM einbeziehen, wird die Prüfung auf die Quartale ab dem 01.04.2005 beschränkt.

### **§ 15**

#### **Durchführung der Zufälligkeitsprüfung**

1. Für die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Abs. 2a SGB V bilden die Richtlinien gemäß § 106 Abs. 2b SGB V den verbindlichen Rahmen.

2. In die Zufälligkeitsprüfung werden alle Vertragsärzte nach § 1 Abs. 2 einbezogen, sofern sie im Prüfzeitraum 4 Quartale tätig waren, sie in diesem Zeitraum mehr als 100 Behandlungsfälle (bei ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 10 Behandlungsfälle) pro Quartal abgerechnet haben und sie nicht bereits in den letzten 8 Quartalen vor dem Prüfquartal der Zufälligkeitsprüfung unterzogen worden sind. Abweichungen von dieser Vorgehensweise sind nur im Rahmen von § 2 Abs. 4 der Richtlinien nach § 106 Abs. 2b SGB V möglich.
3. Ist ein Arzt innerhalb des Zeitraums der Zufälligkeitsprüfung in ein Prüfverfahren wegen Überschreitung der Richtgrößensumme oder wegen Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten einbezogen, wird die Zufälligkeitsprüfung hinsichtlich dieser Prüfungsgegenstände und für den geprüften Zeitraum ausgeschlossen. Im Übrigen sind Sachverhalte, die bereits Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach einer anderen Prüfungsmethode oder einer Abrechnungs- oder Qualitätsprüfung gewesen sind, nicht erneut zu prüfen.
4. Die Stichprobe umfasst mindestens 2% der Vertragsärzte im Quartal. Die Vertragspartner können diese Quote im gegenseitigen Einvernehmen erhöhen. Von der Quote kann für bestimmte Stichprobengruppen abgewichen werden, wenn dabei die Summe aller Stichprobengruppen mindestens 2% der Vertragsärzte beträgt. Gliederungsmerkmale für Stichprobengruppen können insbesondere sein:
  - a. die Arztgruppen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten und ärztlich geleitete Einrichtungen
  - b. Fachgruppenmerkmale
  - c. Verschiedene Versorgungsbereiche
  - d. Schwerpunkte und / oder Zusatzbezeichnungen
  - e. Ausgewählte Leistungsmerkmale

5. Die Vertragspartner sollen sich innerhalb von 4 Wochen nach Ende des Prüfzeitraums auf eine Methode zur Stichprobengruppenbestimmung einigen, die sie der Geschäftsstelle zur Kenntnis geben. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, wird die Stichprobe über alle Fachgruppen gleichmäßig gezogen.
6. Die Stichprobe wird unter Berücksichtigung der Bestimmungsmethode nach Abs. 4 von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin mittels eines elektronischen Zufallsgenerators (Mathematisches Zufallsverfahren (rand)) bestimmt. Die Ermittlung erfolgt quartalsweise bis acht Wochen nach Ende des Prüfzeitraums. Grundlage für die Auswahl bildet das für das letzte Quartal des Prüfzeitraums gültige Arztstammdatenverzeichnis. Sollte sich aus der Gesamtanzahl der Stichprobengruppe rechnerisch ein Wert mit Nachkommastelle ergeben, ist auf die nächsthöhere Zahl aufzurunden. Innerhalb von zwei Wochen übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung Berlin eine maschinell verwertbare Liste der gezogenen Vertragsärzte im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf Datenträgern an die Geschäftsstelle.
7. Die Geschäftsstelle stellt diese Liste den Krankenkassenverbänden in Berlin innerhalb einer Woche im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf Datenträgern maschinell verwertbar zur Verfügung.
8. Die in die Prüfung einbezogenen Ärzte werden von der Geschäftsstelle innerhalb von vier Wochen über den Beginn des Prüfverfahrens informiert.
9. Der Prüfungsausschuss bestimmt unter Verwendung der Daten nach den §§ 3 und 4 der Richtlinie nach § 106 Abs. 2b SGB V die versichertenbezogene Stichprobe der einbezogenen Ärzte.
10. Die repräsentative Auswahl für die versichertenbezogene Stichprobe ist so zu bestimmen, dass 20 vom Hundert der Behandlungsfälle oder der Versicherten im gesamten Prüfzeitraum, jedoch mindestens 100 Behandlungsfälle und höchstens 500 Behandlungsfälle, untersucht werden.



**§ 16****Datenlieferungen, Datenaufbereitung**

1. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin erstellt für die in die Zufälligkeitsprüfung einbezogenen Vertragsärzte je Behandlungsfall einen Datensatz nach den Regelungen des jeweils gültigen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern und übermittelt diesen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf Datenträgern maschinell verwertbar innerhalb von 6 Monaten nach Ende des Prüfzeitraumes an die Geschäftsstelle.
2. Die Krankenkassenverbände erstellen für die in die Zufälligkeitsprüfung einbezogenen Vertragsärzte je Versicherten einen Datensatz nach den Regelungen des jeweils gültigen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern und übermitteln diese im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf Datenträgern maschinell verwertbar innerhalb von 6 Monaten nach Ende des Prüfzeitraumes an die Geschäftsstelle.
3. Erfolgt die Stichprobenziehung nicht innerhalb von 8 Wochen nach Ende des Prüfzeitraumes, werden die Datensätze nach Abs. 1 und 2 spätestens 4 Monate nachdem die Geschäftsstelle die Liste der in die Stichprobenziehung einbezogenen Ärzte übermittelt hat, geliefert.
4. Die Datensätze basieren auf den Datensatzbeschreibungen im jeweils gültigen Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern. \*
5. Die Geschäftsstelle hat die gelieferten Daten unter Berücksichtigung der Prüfmethode, Prüfgegenstände und Prüfkriterien entsprechend den Erfordernissen aufzubereiten.

\* Die Regelungen bezüglich der Nettopfelder finden keine Anwendung bis die technischen Voraussetzungen für die PZN-bezogene bzw. Heilmittelpositionsnummer-bezogene Ermittlung von Nettobeträgen geschaffen wurden. Die Regelungen in § 11 Abs. 7 b dieser Vereinbarung sind entsprechend anzuwenden.

**§ 17 a****Prüfungsmethoden der Zufälligkeitsprüfung**

1. Als Prüfungsmethoden in der Zufälligkeitsprüfung kommen in Betracht:
  - a. Einzelfallprüfung und repräsentative Einzelfallprüfung nach Maßgabe vorher festgelegter Prüfungsgegenstände.
  - b. Statistische Durchschnittsprüfung bei Vorliegen von arztgruppenbezogenen Datenauswertungen und einer ausreichend großen Zahl an Ärzten/Psychotherapeuten bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen in der Vergleichsarztgruppe.
  - c. Vertikalvergleich (zeitlicher Vergleich der Abrechnungsergebnisse verschiedener Quartale oder Jahre), soweit der Prüfungsgegenstand es zulässt.
2. Die §§ 10 und 11 der Richtlinie nach § 106 Abs. 2b SGB V gelten entsprechend.
3. Die vom Prüfungsausschuss bzw. dessen Kammer zu wählende Prüfungsmethode richtet sich nach dem Prüfungsgegenstand und den zur Verfügung stehenden Daten. Innerhalb des Prüfverfahrens darf die Prüfungsmethode nicht gewechselt werden.

**§ 17 b****Prüfungsgegenstände**

1. Prüfungsgegenstände sind
  - a. die in den Gebührensordnungsnummern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs abgebildeten ärztlichen Leistungen einschließlich Sachkosten

- b. die veranlassten Leistungen, insbesondere aufwändige Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten
- c. die Durchführung von Leistungen durch den Überweisungsempfänger
- d. die ärztlichen Verordnungen von Arzneimitteln
- e. die ärztlichen Verordnungen von Heilmitteln
- f. die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit
- g. die Krankenhauseinweisungen
- h. weitere Prüfungsgegenstände gemäß der Anlage zu § 17 b Abs. 1 Punkt h

2. Die Krankenkassen bzw. deren Verbände und/oder die Kassenärztliche Vereinigung Berlin können aufgrund der Informationen der Geschäftsstelle oder des Prüfungsausschusses oder dessen Kammer bei entsprechenden Verdachtsmomenten Anträge nach § 106 a SGB V bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin bzw. den Krankenkassen stellen.

## **§ 17 c**

### **Prüfkriterien**

Als Prüfkriterien dienen insbesondere die in der Anlage 2 der Richtlinie nach § 106 Abs. 2b SGB V, die Anlage dieser Vereinbarung ist, aufgeführten Kriterien in Abhängigkeit ihrer Verfügbarkeit. Weitere Kriterien können von den Vertragspartnern in einer Anlage zu § 17 c vereinbart werden. Die Prüfkriterien dienen der Konkretisierung der Beurteilungskriterien.

## **§ 18**

### **Unbesetzt**

## Unterabschnitt 3.2: Arztbezogene Prüfung auf der Grundlage von Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit

### § 19

#### Regelungen nach § 84 Abs. 7a SGB V

1. Der Prüfungsausschuss bzw. dessen Kammer prüft von Amts wegen die Einhaltung der in der Vereinbarung nach § 84 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 7 a SGB V für Gruppen von Arzneimitteln für verordnungsstarke Anwendungsgebiete, die bedeutsam für die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven sind, vereinbarten Zielwerte für die Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit.
2. Die Prüfung der Überschreitung der Zielwerte durch den Prüfungsausschuss bzw. dessen Kammer erfolgt auf der Grundlage der von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung quartalsweise gelieferten Daten.  
Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die Krankenkassenverbände in Berlin können davon abweichend andere oder ergänzende Datengrundlagen in der Vereinbarung nach § 84 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 7 a SGB V vereinbaren.  
Für den Vertragsarzt soll eine Prüfung in der Arzneimittelgruppe nicht durchgeführt werden, wenn der für diese Arzneimittelgruppe zu erwartende Malus je Quartal den Betrag von 8,00 € nicht überschreitet.
3. Stellt der Prüfungsausschuss bzw. dessen Kammer eine Überschreitung der Zielwerte der Vereinbarung nach § 84 Abs.1 in Verbindung mit Abs. 7 a SGB V um mehr als 10 % fest, hat der Vertragsarzt einen Malus zu entrichten.

Bei einer Überschreitung der Zielwerte

- a. von mehr als 10 bis 20 % ist ein Malus von 20%
- b. von mehr als 20 bis 30 % ist ein Malus von 30%
- c. von mehr als 30% ist ein Malus von 50%

der Überschreitung zu entrichten.

Über den festgesetzten Malus wird dem Vertragsarzt ein Bescheid zugestellt. § 7 Abs. 3 und 4 finden keine Anwendung, der Prüfungsausschuss kann rechtliches Gehör gewähren.

4. Gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses bzw. dessen Kammer gemäß Abs. 3 ist Widerspruch möglich.
5. Der vom Vertragsarzt zu entrichtenden Malus verringert die nach Maßgabe der Gesamtverträge zu entrichtende Gesamtvergütung. Die Krankenkassen verringern die an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zu entrichtende Gesamtvergütung anteilmäßig um diesen Betrag. Die Verrechnung erfolgt mit der nächstfolgenden Quartalsrestzahlung nach Bestandskraft der Entscheidung des Prüfungsausschusses oder seiner Kammer bzw. nach Entscheidung des Beschwerdeausschusses oder seiner Kammer.

### **Unterabschnitt 3.3: Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten**

Bis zur Durchführung der Zufälligkeitprüfung nach dem Unterabschnitt 3.1 dieser Vereinbarung erfolgt die Prüfung der ärztlichen Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten nach den Bestimmungen dieses Unterabschnittes.

#### **§ 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 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 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 6 Monate nach Ablauf des Prüfzeitraumes 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 Leistungsarte 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 sowie Prüfung nach § 106a Abs. 4 Satz 3 SGB V**

#### **§ 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 Verordnungsquartals 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 Verordnungsregress pro Vertragsarzt und Krankenkasse 50,- € nicht übersteigt. Für Anträge wegen der Verordnung von Arzneimitteln und sonstigen Leistungen, die ausnahmslos (außer ggf. für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres) von der Verordnung ausgeschlossen sind, gilt keine Bagatellgrenze. Im Übrigen sollen Anträge nicht gestellt werden, wenn der beantragte Verordnungsregress 50,- € nicht übersteigt. Anträge können quartalsübergreifend gestellt werden.

## **§ 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 Ordnungsquartals 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 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.
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**

Diese Vereinbarung tritt mit der rechtswirksamen Bekanntgabe im KV-Mitteilungsblatt in Kraft und tritt an die Stelle der Vereinbarung vom 22.12.2005.

Sie gilt für alle Prüfverfahren und Anträge, die nach dem Inkrafttreten begonnen bzw. gestellt wurden. Für die übrigen Prüfverfahren bzw. Anträge gilt die Prüfvereinbarung vom 22.12.2005. Die Prüfung nach § 19 gilt für Verordnungen, die ab dem 01.01.2007 ausgestellt wurden.

#### **§ 31**

##### **Kündigung**

Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2007 gekündigt werden.

**Anlagen:**

- Rechenmodus für die Gewichtung der Verordnungskosten bei Arznei- einschließlich Verbandmitteln und Heilmitteln
- Anlage zu § 15 Abs. 5 - Bestimmung von Stichprobengruppen
- Anlage zu § 17 b Abs. 1 Punkt h - Weitere Prüfungsgegenstände
- Anlage zu § 17 c - Anlage 2 der Richtlinie nach § 106 Abs. 2b SGB V
- Anlage zu § 17 c - Bestimmung von weiteren Prüfkriterien

Berlin, den 20. April 2007

---

**Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Der Vorstand**

---

**AOK Berlin – Die Gesundheitskasse  
Der Vorstand**

---

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

---

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

---

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

---

**BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse  
Der Vorstandsvorsitzende**

---

**Knappschaft - Dienststelle Berlin  
Leiter der Dienststelle**

---

**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 zu § 12 Abs. 3:****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.

**Anlage zu § 15 Abs. 5**

**Bestimmung von Stichprobengruppen**

**- unbesetzt -**

**Anlage zu § 17 b Abs. 1 Punkt h**

**Weitere Prüfungsgegenstände**

**- unbesetzt -**

**Anlage zu § 17 c**

**Anlage 2 der Richtlinie nach § 106 Abs. 2b SGB V**

**Anlage zu § 17 c**

**Bestimmung von weiteren Prüfkriterien**

**- unbesetzt -**