

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

der Knappschaft - Dienststelle Berlin

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

(nachstehend als „Verbände der Krankenkassen“ bezeichnet)

über die Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch
eine Prüfungsstelle und einen Beschwerdeausschuss (§ 106 SGB V)

– Prüfvereinbarung –

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt 1: **Allgemeine Bestimmungen**

- § 1 Grundsätze
- § 2 Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss
- § 3 Organisation und Aufgaben der Prüfungsstelle
- § 4 Beschwerdeausschuss
- § 5 Rechte und Pflichten der Ausschussmitglieder
- § 6 Vorbereitung der Sitzungen des Beschwerdeausschusses
- § 7 Beschlussfähigkeit, Vorsitz des Beschwerdeausschusses
- § 8 Verfahren vor der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss, Protokollführung, Erstellen der Bescheide
- § 9 Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung und Beratung
- § 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 Verordnungsweise nach Durchschnittswerten**

- § 12A Ersatzweise Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten
- § 12B Hilfsweise Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise 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

Anlagen:

- Mindestanforderungen an Bescheide der Prüfungsstelle bzw. des Beschwerdeausschusses
- Abtretungserklärung
- Anlage zu § 12B - Rechenmodus für die Gewichtung der Verordnungskosten bei Arznei- einschließlich Verbandmitteln und Heilmitteln
- Anlage zu § 15 Abs. 5 - Bestimmung von Stichprobengruppen
- Anlage zu § 17b - Weitere Prüfungsgegenstände
- Anlage zu § 17c - Bestimmung von weiteren Prüfkriterien

Abschnitt 1:

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Grundsätze

1. Diese Vereinbarung regelt die Überwachung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen im Bereich der KV Berlin gemäß § 106 SGB V. In die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen ist ferner die ärztliche Versorgung für die Personen nach § 264 SGB V¹.
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).

§ 2

Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss

1. Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Kassenärztliche Vereinigung Berlin sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen für das Land Berlin gemäß § 106 Abs. 4 SGB V eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss als organisatorisch selbständige Einheiten.
Die Prüfungsstelle wird bei der „Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Berlin GbR“ errichtet.
2. Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss haben ihren Sitz in Berlin.
3. Die mit der Tätigkeit des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und seiner Stellvertreter verbundenen Kosten nach § 2 Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung (WiPrüfVo) sowie die Kosten der Prüfungsstelle tragen die Kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. Für das Erstellen der nach den §§ 296 und 297 SGB V zu liefernden Unterlagen sowie für alle nach dieser Vereinbarung zusätzlich zu liefernden Unterlagen werden gegenseitig keine Kosten geltend gemacht.
4. Die Prüfungsstelle gibt sich im Benehmen mit den Vertragspartnern eine Geschäftsordnung.

¹ 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.

§ 3

Organisation und Aufgaben der Prüfungsstelle

1. Der Leiter der Prüfungsstelle hat dafür Sorge zu tragen, dass die der Prüfungsstelle vom Gesetzgeber und von den Vertragspartnern durch diese Vereinbarung zugewiesenen Aufgaben erfüllt werden und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Beschwerdeausschuss gewährleistet wird.
2. Der Leiter der Prüfungsstelle ist den Mitarbeitern der Prüfungsstelle gegenüber weisungsbefugt und übt zur Sicherstellung der laufenden Geschäfte das Direktionsrecht aus.
3. Die Aufgaben der Prüfungsstelle ergeben sich aus dem SGB V, der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung und dieser Vereinbarung. Zu den Aufgaben gehören insbesondere
 - die für die Prüfungen notwendigen Daten, Stellungnahmen und sonstigen Unterlagen aufzubereiten, Statistiken zu erstellen und auf Grundlage dieser Feststellungen Beschlüsse zu fassen;
 - bei Zweifeln an der Richtigkeit der übermittelten Daten die Vertragspartner zu informieren und zu versuchen, die Zweifel gemeinsam mit diesen auszuräumen. Hat die Prüfungsstelle bei Prüfungen gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 SGB V Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Vertragsarztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Vertragsarztpraxis hoch;
 - ein laufendes Verzeichnis über die eröffneten Prüfverfahren, den Verfahrensstand, Widersprüche, Klageverfahren und deren Ergebnisse zu führen und den Vertragspartnern halbjährlich elektronisch zur Kenntnis zu geben;
 - dafür Sorge zu tragen, dass Prüfungen und Prüfanträge in der gesetzlich vorgesehenen Frist erledigt werden;
 - 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 Vertragspartnern vorzulegen;
 - die Einnahmen- und Ausgabenübersicht nach der WiPrüfVo vorzubereiten und den Vertragspartnern zur Verfügung zu stellen.

§ 4

Beschwerdeausschuss

1. Dem Beschwerdeausschuss gehören ein unparteiischer Vorsitzender sowie je 4 Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und je 4 Vertreter der Krankenkassen an.
2. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Verbänden der Krankenkassen bzw. von den Ersatzkassen, 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.

3. Unbeschadet von Absatz 2 haben die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und die Verbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen das Recht, die jeweils von ihnen entsandten Mitglieder von ihrem Amt zu entbinden.
4. Der Beschwerdeausschuss kann sich in Kammern gliedern, in denen der unparteiische Vorsitzende bzw. sein Stellvertreter den Vorsitz führt. Diese Kammern können nach den Prüfungsarten dieser Vereinbarung gegliedert werden. Im Folgenden werden der Beschwerdeausschuss und seine eventuell gebildeten Kammern als Beschwerdeausschuss bezeichnet.
5. Ein Mitglied des Beschwerdeausschusses 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 (Berufsausübungsgemeinschaft), einschließlich zugelassener Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V, Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), einer Apparategemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft. Mitglieder des Beschwerdeausschusses, die bis 31.12.2007 Mitglieder des Prüfungsausschusses waren, dürfen im Widerspruchsverfahren im gleichen Verfahren nicht tätig werden. Im Übrigen gelten für Ausschluss und Befangenheit die §§ 16 und 17 SGB X.
6. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung des Beschwerdeausschusses, die der Aufsicht vorzulegen ist.

§ 5

Rechte und Pflichten der Ausschussmitglieder

1. Die Rechte und Pflichten der von den Vertragspartnern entsandten Mitglieder des Beschwerdeausschusses ergeben sich aus der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung.
2. Die von den Vertragspartnern entsandten Mitglieder des 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 vom Beschwerdeausschuss vor Beginn der jeweiligen Sitzung eingeholt.
3. Die Entschädigung der von den Vertragspartnern entsandten Mitglieder des Beschwerdeausschusses für ihre Tätigkeit erfolgt durch die entsendenden Körperschaften. Die Höhe richtet sich nach den bei diesen Körperschaften geltenden Entschädigungsregelungen.

§ 6

Vorbereitung der Sitzungen des Beschwerdeausschusses

1. Der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses ist für die Durchführung der Aufgaben des Beschwerdeausschusses verantwortlich und führt dessen laufende Geschäfte. Die Prüfungsstelle stellt dafür Mitarbeiter zur Verfügung. Die Mitarbeiter sollen nicht in derselben Angelegenheit für die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss tätig sein. In Abstimmung mit der Prüfungsstelle und im Benehmen mit den Ausschussmitgliedern legt der Vorsitzende 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 Beschwerdeausschuss. Über einen erstmaligen Antrag kann der Vorsitzende allein entscheiden.
2. Der Vorsitzende hat darüber hinaus
 - die Entscheidungen vorzubereiten, einschließlich der Anforderung von Angaben und Beweismitteln von den Beteiligten sowie der Zustellung von Anträgen und Schriftsätzen an die Beteiligten;
 - mit einer Frist von mindestens 2 Wochen zu den Ausschusssitzungen unter Beifügung der für die Sitzung erforderlichen Unterlagen zu laden;
 - nach Beschluss des Ausschusses unabhängige Sachverständige mit der Erstellung von Gutachten zu beauftragen;
 - den Ausschüssen die wesentlichen Sachverhalte verbunden mit einem Vorschlag zur Festsetzung von Maßnahmen vorzulegen;
 - die Sitzungen zu leiten und eine Beschlussfassung herbeizuführen;
 - eine korrekte Protokollierung zu gewährleisten und die Protokolle und Bescheide als Verantwortlicher zu unterzeichnen und
 - für ein ordnungsgemäßes Verwaltungsverfahren gemäß dem ersten Kapitel SGB X Sorge zu tragen.

§ 7

Beschlussfähigkeit, Vorsitz des Beschwerdeausschusses

1. Der Beschwerdeausschuss entscheidet durch Beschluss, der in der Sitzung getroffen wird.
2. Der Beschwerdeausschuss ist beschlussfähig, wenn neben dem Vorsitzenden zumindest je 2 Vertreter der KV und 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 beschließt, das betreffende Verfahren von der Tagesordnung abzusetzen und mit einem unbefangenen Vertreter fortzusetzen.
3. Der Beschwerdeausschuss beschließt mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden. Stimmenthaltung ist nicht zulässig.

4. Ist der Beschwerdeausschuss trotz ordnungsgemäßer Ladung nicht beschlussfähig, sind die Ausschussmitglieder zu einer neuen Sitzung zu laden, die innerhalb von zwei Wochen stattzufinden hat. Der Ausschuss 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 Beschwerdeausschuss führt der unparteiische Vorsitzende oder sein Stellvertreter.
6. Der unparteiische Vorsitzende hat darauf hinzuwirken, dass der Sachverhalt aufgeklärt wird. Der Beschwerdeausschuss erhebt die ihm erforderlich erscheinenden Beweise.

§ 8

Verfahren vor der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss, Protokollführung, Erstellen der Bescheide

1. Im Verfahren vor der Prüfungsstelle und vor dem Beschwerdeausschuss gelten die Vorschriften des SGB X.
2. Das Verfahren vor der Prüfungsstelle 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. Die Prüfungsstelle kann eine mündliche Anhörung anberaumen zu der die am Verfahren Beteiligten mit einer Ladungsfrist von mindestens zwei Wochen geladen werden.
3. Beteiligte am Prüfverfahren vor der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss sind stets:
 - a) der betroffene Vertragsarzt,
 - b) die Kassenärztliche Vereinigung Berlin und
 - c) diejenige Krankenkasse bzw. deren Verband, deren Interessen vom Ausgang des Verfahrens im Sinne des § 12 Abs. 2 SGB X berührt sind.

Die Beteiligten sind von der Einleitung des Verfahrens schriftlich bzw. in elektronischer Form zu benachrichtigen. Bei Prüfungen von Amts wegen werden allen Beteiligten des Verfahrens auf Verlangen die Schriftsätze der anderen Beteiligten mit der Möglichkeit zur Stellungnahme zugeleitet. Bei Prüfungen auf Antrag wird der Anspruch auf rechtliches Gehör einer Krankenkasse oder eines antragstellenden Krankenkassenverbandes sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin dadurch gewährleistet, dass Stellungnahmen des Vertragsarztes mit der Möglichkeit zu einer weiteren Stellungnahme zur Kenntnis gegeben werden. Das Recht zur Anhörung und zur Akteneinsicht gemäß §§ 24 und 25 SGB X bleibt hiervon unberührt.

4. Den Verfahrensbeteiligten soll durch die Prüfungsstelle für Stellungnahmen zum Prüfverfahren eine Frist von einem Monat eingeräumt werden. Die Prüfungsstelle kann in begründeten Fällen eine Verlängerung dieser Frist unter Berücksichtigung von gesetzlichen oder vertraglichen Ausschlussfristen einräumen.

5. Die Prüfungsstelle entscheidet durch Bescheid, der zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen ist. Der Bescheid ist durch den Leiter der Prüfungsstelle oder einem von ihm Bevollmächtigten zu unterzeichnen und den Verfahrensbeteiligten in nachweisbarer Form bekannt zu geben. Der Bescheid enthält mindestens die in der Anlage „Mindestanforderungen an Bescheide der Prüfungsstelle bzw. des Beschwerdeausschusses“ genannten Punkte.
6. Gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle können die Verfahrensbeteiligten innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Entscheidung schriftlich Widerspruch beim Beschwerdeausschuss einlegen. Der Widerspruch kann auch zur Niederschrift beim Beschwerdeausschuss erhoben werden. Der Widerspruch soll begründet werden. Abweichend von Satz 1 findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind, ein Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss nicht statt.
7. Über den Widerspruch eines Beteiligten gegen eine Entscheidung der Prüfungsstelle entscheidet der Beschwerdeausschuss nach mündlicher Verhandlung.
8. 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.
9. Die Sitzungen des Beschwerdeausschusses sind nicht öffentlich.
10. Abweichend von Absatz 7 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.
11. Von jeder Sitzung des Beschwerdeausschusses ist ein Ergebnisprotokoll zu erstellen, das von dem protokollführenden Mitarbeiter und dem unparteiischen Vorsitzenden unterzeichnet wird.
12. Über Entscheidungen des Beschwerdeausschusses sind Bescheide zu erstellen. Die Bescheide sind vom unparteiischen Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses zu unterzeichnen und den Verfahrensbeteiligten in nachweisbarer Form bekannt zu geben. Der Bescheid enthält mindestens die in der Anlage „Mindestanforderungen an Bescheide der Prüfungsstelle bzw. des Beschwerdeausschusses“ genannten Punkte und eine Rechtsbehelfsbelehrung.
13. Vor Bekanntgabe des schriftlichen Bescheides werden keine Auskünfte zum Verfahren erteilt.
14. Die Prüfungsstelle wird im sozialgerichtlichen Verfahren von dem Leiter vertreten, der Beschwerdeausschuss von dem unparteiischen Vorsitzenden. Der Leiter der Prüfungsstelle bzw. der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses können eine Terminsvollmacht erteilen. Soweit dem Ausschuss die gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits und des Widerspruchsverfahrens auferlegt

werden, tragen die Vertragspartner diese Kosten nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 dieser Vereinbarung. Im Übrigen machen die am Sozialgerichtsverfahren beteiligten Körperschaften des öffentlichen Rechts 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.

15. Wird von der Prüfungsstelle bzw. dem Beschwerdeausschuss als Maßnahme eine mündliche Beratung ausgesprochen und nimmt der betroffene Vertragsarzt den Beratungstermin ohne triftigen Grund nicht wahr, so informiert der Leiter der Prüfungsstelle bzw. der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses den Vorstand der KV Berlin hiervon. In diesem Fall wird der Vertragsarzt mit der nach der Gebührenordnung der KV Berlin für besonders aufwändige Verwaltungsverfahren fälligen Gebühr belegt, die von der KV Berlin an die Prüfungsstelle weitergeleitet wird.

§ 9

Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung und Beratung

1. Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss 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.
2. Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss 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. Ersatzweise und hilfweise Prüfung ärztlich verordneter Leistungen (Ordnungsweise) nach Durchschnittswerten (§§ 12A und 12B),
 - 2.3. Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben (Zufälligkeitsprüfung) (§ 15),
 - 2.4. Prüfung auf der Grundlage von Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit (§ 19),
 - 2.5. Prüfung ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) nach Durchschnittswerten (§ 20),
 - 2.6. Prüfung auf Festsetzung eines Ordnungsregresses wegen fehlender Leistungspflicht (§ 24),
 - 2.7. Feststellung eines sonstigen Schadens (§ 25),
 - 2.8. Prüfung in besonderen Fällen (§ 26),
 - 2.9. Prüfungen nach § 106a Abs. 4 Satz 3 SGB V (§ 27).
3. Die Prüfungsstelle 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.

§ 10**Praxisbesonderheiten, Kompensatorische Einsparungen**

1. Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss 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. Arzneimittel, für die Richtlinien nach § 73d Abs. 1 SGB V gelten, sind bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, soweit diese nach § 73d Abs. 1 SGB V verordnet worden sind. Für die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen von Verträgen nach § 73d Abs. 2 Satz 2 und 5 SGB V ist die Einhaltung der Richtlinien nach § 73d Abs. 1 Satz 2 durch Vereinbarung in diesen Verträgen zu gewährleisten und sind nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V. Die Krankenkasse ist verpflichtet, der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben für die Freistellung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu übermitteln; die §§ 296 bis 298 SGB V gelten entsprechend.
3. 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.
4. Praxisbesonderheiten sind grundsätzlich vom Vertragsarzt darzulegen, sofern sich aus dem Gesetz oder dieser Vereinbarung nichts anderes ergibt. Die Verpflichtung der Prüfungsstelle bzw. des Beschwerdeausschusses zur Amtsermittlung im Rahmen bereits bekannter Tatsachen bleibt unberührt. Der Vertragsarzt hat bei der Findung von Praxisbesonderheiten eine Mitwirkungspflicht.
5. 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 Vertragsarzt die Darlegungslast hat. Vertragsärzte und die Prüfungsstelle bzw. die Mitglieder des Beschwerdeausschusses 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 gemäß den jeweiligen Vereinbarungen nach § 84 Abs. 6 bzw. Abs. 6 i.V.m. Abs. 8 SGB V richtgrößenrelevanten Verordnungskosten eines Kalenderjahres bei Überschreitung der ermittelten Richtgrößensumme für diesen Zeitraum. Der Sprechstundenbedarf ist um die Kosten für angeforderte Hilfsmittel zu bereinigen. Hilfsmittel- und Impfstoffverordnungen sind nicht richtgrößenrelevant. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Vertragsarzt einem Vertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V beigetreten ist, sind nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung. Die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die Pharmazentralnummern der betroffenen Arzneimittel, die Vertragsarztnummern und die Laufzeit der Verträge.
2. Die Richtgrößenprüfung wird getrennt nach Arznei- und Verbandmitteln (einschließlich Sprechstundenbedarf) sowie Heilmitteln durchgeführt.
3. Die Richtgrößenprüfungen sind für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen, sie können für den Zeitraum eines Quartals durchgeführt werden, wenn dies nachweisbar die Wirksamkeit der Prüfung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erhöht und hierdurch das Prüfungsverfahren vereinfacht wird.
4. Die Prüfungsstelle ermittelt für jeden Vertragsarzt die Richtgrößensumme, die sich aus der Multiplikation der Richtgrößen für die Fachgruppe mit den Fallzahlen (M/F bzw. R) dieses Vertragsarztes ergibt und benennt nach Feststellung der Vollständigkeit der Daten den Krankenkassen sowie der KV Berlin innerhalb der Frist des jeweils gültigen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern die in eine Prüfmaßnahme zu involvierenden Vertragsärzte.

Das Verfahren zur Ermittlung der jeweiligen Richtgrößensumme für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V wird in der jeweils gültigen Richtgrößenvereinbarung geregelt.

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

- a) Vertragsarztnummer;
 - 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 und
 - e) die veranlassten Brutto- und Nettoausgaben jeweils getrennt nach Arznei- und Verbandmitteln sowie Heilmitteln.
5. Die Richtgrößenprüfung wird wie folgt durchgeführt:

- a) Die Prüfungsstelle ermittelt diejenigen Vertragsärzte, die ihre Richtgrößensumme um mehr als 15% überschritten haben. Für diese Vertragsärzte erfolgt eine Vorab-Prüfung gemäß § 106 Abs. 5a Satz 1 SGB V durch die Prüfungsstelle. Die Prüfungsstelle legt hierfür im Benehmen mit den Vertragspartnern Kriterien fest, die schriftlich zu fixieren sind und jährlich angepasst werden können. Richtgrößenprüfungen sollen in der Regel nicht für mehr als 5% der Vertragsärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden. Insbesondere sollen auch Vertragsärzte geprüft werden, deren ärztlich verordnete Leistungen in bestimmten Anwendungsgebieten deutlich von der Fachgruppe abweichen sowie insbesondere auch verordnete Leistungen von Vertragsärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 AMG beteiligt sind.
- b) Die Prüfungsstelle beschließt unter Beachtung dieser Vereinbarung und in Anwendung der jeweils geltenden Richtgrößenvereinbarung die Grundsätze des Verfahrens der Anerkennung von Praxisbesonderheiten und informiert die Vertragspartner unverzüglich.
- c) Bei einer Überschreitung der Richtgrößensumme (brutto) um mehr als 15 bis zu 25 vom Hundert erfolgt eine Beratung des Vertragsarztes nach § 106 Abs. 1a SGB V, wenn die Prüfungsstelle aufgrund der vorliegenden Daten nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist.
- d) Bei einer Überschreitung der Richtgrößensumme (brutto) um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch die Prüfungsstelle 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.
- e) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung hat die Prüfungsstelle auch die Bestimmungen der für das jeweilige Prüfwahljahr geltenden Vereinbarungen nach § 84 Abs. 6 und Abs. 7a bzw. Abs. 6 i.V.m. Abs. 8 SGB V anzuwenden.
- f) 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 Vertragsarzt Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Fristen setzt die Prüfungsstelle fest.
- g) Ergeben sich im Verfahren der Richtgrößenprüfung 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. Die entsprechenden Anträge sind im Rahmen der Stellungnahmen nach § 8 Abs. 3 und 4 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 5c oder die Festsetzung einer Schadenersatzverpflichtung entsprechend Absatz 5d.

- h) 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 einem Vorgang von der Prüfungsstelle oder bei Widerspruchsverfahren in derselben Sitzung des Beschwerdeausschusses entschieden werden.
- i) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss prüfen die Praxisbesonderheiten unter dem Gesichtspunkt ihrer Wirtschaftlichkeit und ziehen zur Beurteilung der Praxisbesonderheiten die als notwendig angesehenen Unterlagen heran. Die festgestellten Praxisbesonderheiten sind von der Prüfungsstelle bzw. dem Beschwerdeausschuss zu quantifizieren. Zur Ermittlung der Höhe der anzuerkennenden Praxisbesonderheiten können die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss 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.

- j) Die von der Prüfungsstelle bzw. dem Beschwerdeausschuss 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. 5f und 5g. Der verbleibende Überschreibungsbetrag (in Prozent) entscheidet darüber, ob das weitere Verfahren gemäß Absatz 5c oder Absatz 5d fortzuführen ist.
6. 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 von der Prüfungsstelle bzw. dem Beschwerdeausschuss 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. 5f und 5g festgestellten Unwirtschaftlichkeiten als Minderausgaben brutto abzuziehen. Verordnungsregresse nach § 26 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.
Zuzahlungen der Versicherten sowie Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V auf Grund von Verträgen, denen der Vertragsarzt nicht beigetreten ist, sind als pauschalierte Beträge abzuziehen.

- c) Der nach a) ermittelte verbleibende Bruttomehraufwand ergibt nach Multiplikation mit der Brutto-/Nettoquote nach b) den als Regress festzusetzenden Nettobetrag.
 - d) Hat der Vertragsarzt einen deutlich höheren Anteil zuzahlungsbefreiter Patienten als die Fachgruppe, wird dies bei der Festlegung der Regresssumme berücksichtigt.
 - e) Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss sollen vor ihren Entscheidungen und der Festsetzung von Maßnahmen gemäß § 106 Abs. 5a Satz 4 SGB V auf eine Vereinbarung zwischen dem Vertragsarzt und den anderen Verfahrensbeteiligten hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann.
 - f) Die Festsetzung eines den Krankenkassen zu erstattenden Mehraufwands muss innerhalb von zwei Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraums erfolgen. Die Prüfungsstelle informiert die Vertragspartner rechtzeitig unter Angabe der Gründe, falls die Einhaltung dieser Frist gefährdet ist.
 - g) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird abweichend von Absatz 5d und Absatz 6c dieser Vereinbarung nicht festgesetzt, soweit die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss mit dem Vertragsarzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Ordnungsweise des Vertragsarztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Vertragsarzt 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. Eine Zielvereinbarung nach § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V kann als individuelle Richtgröße vereinbart werden, soweit darin hinreichend konkrete und ausreichende Wirtschaftlichkeitsziele für einzelne Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen festgelegt sind.
Die getroffene Vereinbarung bedarf der Zustimmung aller Verfahrensbeteiligten und ist von diesen zu unterzeichnen. Gleiches gilt entsprechend für Heilmittel.
7. 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 Absatz 5d und Absatz 6c 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 über das Formblatt 3 (Kontenart 395 – Erstattung Arznei- und Verbandmittel bzw. Kontenart 396 – Erstattung Heilmittel) unter Mitteilung der Tagebuchnummer der Prüfungsstelle.
Dies gilt für die bis zum Verordnungszeitraum 2003 durchgeführten Richtgrößenprüfungen nicht, wenn ein Rückgriff der KV Berlin auf das Honorar des Vertragsarztes nicht oder nicht vollständig möglich ist, weil Honorarforderungen des Vertragsarztes gegen die KV Berlin nicht mehr bestehen oder über das Vermögen des Vertragsarztes ein Insolvenzverfahren eröffnet worden ist. Die KV Berlin teilt dies den Krankenkassen mit und tritt die Ansprüche bzw. den nicht durchsetzbaren Anteil des Rückgriffsanspruchs gemäß § 52 Abs. 2 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)/ § 48 Abs. 2 Arzt-Ersatzkassenvertrag (EKV) an die Krankenkassen ab.

8. 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 Vertragsarztes für das dritte Jahr keine grundlegende Veränderung der Praxistätigkeit erkennen lässt, kann die Prüfungsstelle im dritten Jahr von einer näheren Prüfung der Praxisbesonderheiten und von einer näheren Begründung im Bescheid absehen. Bei der Ermessensausübung hat die Prüfungsstelle zu berücksichtigen, ob der Vertragsarzt eine angemessene Zeit hatte, sein Verhalten zu korrigieren.

Unterabschnitt 2.2: Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten

§ 12A

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, wenn eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden kann.
2. Die Prüfung wird von Amts wegen nach den gleichen gesetzlichen Vorgaben wie die Richtgrößenprüfung durchgeführt. In die Prüfung einbezogen werden Vertragsärzte, deren Verordnungsvolumen den Fachgruppendurchschnitt gemäß den Vorgaben des § 106 Abs. 5a SGB V überschreitet.
Die Regelungen zur Richtgrößenprüfung nach dieser Prüfvereinbarung finden Anwendung.
3. Für die Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt die Bildung der Vergleichsgruppen nach dem Fachgruppenschlüssel der jeweils geltenden Richtgrößenvereinbarung, ersatzweise dem Fachgruppenschlüssel der KBV. Für die Prüfungen liefert die KV Berlin die entsprechenden Zuordnungsdateien.
4. Wenn ein Vertragsarzt seine Fachgruppendurchschnitte 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 Vertragsarztes für das dritte Jahr keine grundlegende Veränderung der Praxistätigkeit erkennen lässt, kann die Prüfungsstelle im dritten Jahr von einer näheren Prüfung der Praxisbesonderheiten und von einer näheren Begründung im Bescheid absehen. Bei der Ermessensausübung hat die Prüfungsstelle zu berücksichtigen, ob der Vertragsarzt eine angemessene Zeit hatte, sein Verhalten zu korrigieren.

§ 12B**Hilfswise 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 für Arztgruppen, für die keine Richtgrößen vereinbart worden sind. Die Prüfung wird auf Verlangen eines Vertragspartners für den Zeitraum mindestens eines Quartals und höchstens eines Kalenderjahres durchgeführt.
2. 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.
3. Für die Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln erfolgt die Bildung der Vergleichsgruppen nach dem Fachgruppenschlüssel der KBV. Die Berechnung der Überschreitungssätze erfolgt entsprechend der in der Anlage „Rechenmodus für die Gewichtung der Verordnungskosten bei Arznei- einschließlich Verbandmitteln und Heilmitteln“ getroffenen Regelung.
4. In die Prüfung einbezogen werden Vertragsärzte, deren gewichtete durchschnittliche Bruttoverordnungskosten je Behandlungsfall die durchschnittlichen Bruttoverordnungskosten je Behandlungsfall der Vergleichsgruppe um mehr als 30% (bei homogenen Vergleichsgruppen) oder 50% (bei inhomogenen Vergleichsgruppen) überschreiten.
5. Soweit die Datensätze einzelner Krankenkassen bzw. Kassenarten analog § 14 dieser Vereinbarung dem Prüfungsgremium nicht vorliegen, sind Regressmaßnahmen für diese Krankenkasse bzw. Kassenart nicht zu vollziehen.
6. Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss haben vorrangig zu prüfen, ob gezielte schriftliche oder mündliche Beratungen des Vertragsarztes ausreichend sind, um in Zukunft eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu gewährleisten.
7. Bei der Festsetzung eines Erstattungsbetrages haben die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss nach folgenden Grundsätzen zu verfahren:
 - a) Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss 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 die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss unter Berücksichtigung der Rechtsprechung einen auf einer Schätzung beruhenden Regress fest.

8. Wenn ein Vertragsarzt im Rahmen der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten in vier aufeinanderfolgenden Quartalen die Kriterien gemäß Absatz 4 erfüllt hat und in den ersten drei Quartalen die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet werden konnte und die Stellungnahme des Vertragsarztes 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 Vertragsarzt 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

1. Für die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V liefert die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 296 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit dem jeweils gültigen Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern einen weiterverarbeitbaren Datensatz an die Prüfungsstelle mit folgenden Inhalten:
 - a) Vertragsarztnummer,
 - b) IK der Krankenkassen,
 - c) Abrechnungsquartal und
 - d) Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle, gesamt und getrennt nach dem Status (Mitglied, Familienangehöriger, Rentner), entsprechend den Vorgaben der jeweils geltenden Richtgrößenvereinbarung.

Die KV stellt eine Zuordnung der Stempelnummern zur Fachgruppeneinteilung der jeweils geltenden Richtgrößenvereinbarung sicher.

2. Soweit zur Prüfung der Einhaltung der Richtlinien nach Maßgabe von § 106 Abs. 5b SGB V erforderlich, sind die Daten nach Absatz 1 Buchstabe 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 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V liefern die Krankenkassen gemäß § 296 Abs. 2 SGB V nach dem jeweils gültigen Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern nach sachlich rechnerischer Prüfung einen weiterverarbeitbaren Datensatz (Arzneimitteldatei) an die Prüfungsstelle, getrennt nach Versichertenstatus.
2. Durchführung der Richtgrößenprüfung: Werden auf Basis dieser Daten die in § 106 Abs. 5a SGB V bzw. in § 11 Abs. 5c und 5d dieser Vereinbarung festgelegten Aufgreifkriterien zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung von einem Vertragsarzt erreicht, erstellen die Krankenkassen auf der Basis der Daten nach Absatz 1 für diesen Vertragsarzt einen weiteren Datensatz (erweiterte Arzneimitteldatei) nach dem jeweils gültigen Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern.
3. Zusätzlich zur Arzneimitteldatei nach Absatz 1 erstellen die Krankenkassen nach sachlich rechnerischer Prüfung einen Datensatz (Sprechstundenbedarfsdatei) nach dem jeweils gültigen Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern.
4. Die Krankenkassen können ihre jeweiligen Verbände mit den Datenlieferungen oder Teilen der Datenlieferungen nach Absatz 1 bis 3 beauftragen.
5. Das Verordnungsquartal entspricht dem Abrechnungsquartal für ärztliche Leistungen. Die Zuordnung zum Abrechnungsquartal erfolgt auch dann, wenn eine spätere Einlösung bzw. Abrechnung erfolgt.
6. Macht ein Vertragsarzt im Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet der Beschwerdeausschuss, 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 Beschwerdeausschuss kann die Vorlage bestimmter Originalbelege oder Kopien verlangen, wenn sich die begründeten Zweifel des geprüften Vertragsarztes auf die Verordnung eines bestimmten Arzneimittels oder auf einen bestimmten Patienten beziehen.

B) Heilmittel

1. Ermittlung der Richtgrößenüberschreiter: Für die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V erstellen die Krankenkassen nach sachlich rechnerischer Prüfung einen Datensatz (Heilmitteldatei) gemäß dem jeweils gültigen Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern, getrennt nach Versichertenstatus.
2. Durchführung der Richtgrößenprüfung: Werden auf Basis dieser Daten die in § 106 Abs. 5a SGB V bzw. in § 11 Abs. 5c und 5d dieser Vereinbarung festgelegten Aufgreifkriterien zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung von einem Vertragsarzt erreicht, erstellen die Krankenkassen auf der Basis der Daten nach Absatz 1 für diesen

Vertragsarzt einen weiteren Datensatz nach dem jeweils gültigen Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern.

3. Die Krankenkassen können ihre jeweiligen Verbände mit den Datenlieferungen oder Teilen der Datenlieferungen nach Absatz 1 bis 3 beauftragen.
4. Das Verordnungsquartal entspricht dem Abrechnungsquartal für ärztliche Leistungen. Die Zuordnung zum Abrechnungsquartal erfolgt auch dann, wenn eine spätere Einlösung bzw. Abrechnung erfolgt.
5. Macht ein Vertragsarzt im Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet der Beschwerdeausschuss, 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 Beschwerdeausschuss kann die Vorlage bestimmter Originalbelege oder Kopien verlangen, wenn sich die begründeten Zweifel des geprüften Vertragsarztes auf die Verordnung eines bestimmten Arzneimittels oder auf einen bestimmten Patienten beziehen.

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 Vertragsarzt 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;
 - f. Ärzte, deren ärztlich verordnete Leistungen deutlich von der Fachgruppe abweichen;
 - g. Verordnete Leistungen von Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 AMG beteiligt sind.
5. Die Vertragspartner sollen sich innerhalb von 4 Wochen nach Ende des Prüfzeitraums auf eine Methode zur Stichprobengruppenbestimmung einigen, die sie der Prüfungsstelle 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 Absatz 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 Prüfungsstelle.
7. Die Prüfungsstelle 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 Vertragsärzte werden von der Prüfungsstelle innerhalb von vier Wochen über den Beginn des Prüfverfahrens informiert.
9. Die Prüfungsstelle bestimmt unter Verwendung der Daten nach den §§ 3 und 4 der Richtlinie nach § 106 Abs. 2b SGB V die versichertenbezogene Stichprobe der einbezogenen Vertragsärzte.

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 Prüfungsstelle.
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 Prüfungsstelle.
3. Erfolgt die Stichprobenziehung nicht innerhalb von 8 Wochen nach Ende des Prüfzeitraumes, werden die Datensätze nach Absatz 1 und 2 spätestens 4 Monate nachdem die Prüfungsstelle die Liste der in die Stichprobenziehung einbezogenen Vertragsärzte übermittelt hat, geliefert.
4. Die Datensätze basieren auf den Datensatzbeschreibungen im jeweils gültigen Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern.
5. Die Prüfungsstelle hat die gelieferten Daten unter Berücksichtigung der Prüfmethode, Prüfgegenstände und Prüfkriterien entsprechend den Erfordernissen aufzubereiten.

§ 17a

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 arztgruppen-bezogenen 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 von der Prüfungsstelle zu wählende Prüfungsmethode richtet sich nach dem Prüfungsgegenstand und den zur Verfügung stehenden Daten. Innerhalb des Prüfverfahrens darf die Prüfungsmethode nicht gewechselt werden.

§ 17b

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 § 17b.
2. Die Krankenkassen bzw. deren Verbände und/oder die Kassenärztliche Vereinigung Berlin können aufgrund der Informationen der Prüfungsstelle oder des Beschwerdeausschusses bei entsprechenden Verdachtsmomenten Anträge nach § 106a SGB V bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin bzw. den Krankenkassen stellen.

§ 17c

Prüfkriterien

Als Prüfkriterien dienen insbesondere die in der Anlage 2 der Richtlinie nach § 106 Abs. 2b SGB V aufgeführten Kriterien in Abhängigkeit ihrer Verfügbarkeit. Weitere Kriterien können von den Vertragspartnern in einer Anlage zu § 17c 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. Sind gemäß § 84 Abs. 7a SGB V - entsprechend der Rahmenvorgaben der Vertragspartner nach Abs. 7 - für Gruppen von Arzneimitteln für verordnungsstarke Anwendungsgebiete, die bedeutsam für die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven sind, Zielwerte für die Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit als Bestandteil der Vereinbarung nach

§ 84 Abs. 1 festgelegt worden, so erfolgt die Feststellung von Über- oder Unterschreitungen der Verordnungskosten der vereinbarten Wirkstoffgruppen durch die Prüfungsstelle.

2. Für das weitere Verfahren gilt § 106 Abs. 5 und 5c SGB V.

Unterabschnitt 3.3: Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten

Bis zur Durchführung der Zufälligkeitsprüfung 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. Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss 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 in der Prüfungsstelle grundsätzlich 6 Monate nach Abgabe der Quartalsabrechnung abgeschlossen sein sollte. Die von der Prüfung der Behandlungstätigkeit von Amts wegen betroffenen Vertragsärzte werden von der Prüfungsstelle unterrichtet und zur Stellungnahme aufgefordert.

§ 21

Art und Inhalt der Prüfunterlagen

Für die Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten erstellt die KV Berlin die gemäß des jeweils gültigen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern vorgesehenen Übersichten und übergibt sie 6 Monate nach Ablauf des Prüfzeitraumes der Prüfungsstelle.

§ 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. Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss 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. Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss 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 die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss 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 der Prüfungsstelle 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. Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss setzen die Honorarkürzungen unter Würdigung der ihnen von der Prüfungsstelle 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 gemäß Absatz 1 erfüllt hat und in den ersten drei Quartalen die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet werden konnte und die Stellungnahme des Vertragsarztes für das vierte Quartal keine grundlegende Veränderung der Praxistätigkeit erkennen lässt, kann die Prüfungsstelle für das vierte Quartal eine pauschale Honorarkürzung vornehmen. Bei der Ermessensausübung hat die Prüfungsstelle zu berücksichtigen, ob der Vertragsarzt eine angemessene Zeit hatte, sein Verhalten zu korrigieren.

§ 23

Rechnerische und sachliche Beanstandungen

Stellen die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss 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 Prüfungsstelle bzw. den Beschwerdeausschuss unverzüglich über die Entscheidung zu unterrichten. Das Prüfverfahren ist bis zu dieser Entscheidung auszusetzen. Nach Abschluss des Prüfverfahrens vor der Prüfungsstelle bzw. dem Beschwerdeausschuss 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. Die Prüfungsstelle entscheidet 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 aber nach 15 Monaten, seit Ende des Quartals, in dem die Verordnung abgerechnet wurde, bei der Prüfungsstelle 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 pro Vertragsarzt und Krankenkasse 50,00 € 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 Ordnungsregress 50,00 € nicht übersteigt. Anträge können quartalsübergreifend gestellt werden.

§ 25

Anträge auf Feststellung eines sonstigen Schadens

1. Die Prüfungsstelle entscheidet 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 BMV-Ä bzw. § 44 EKV finden entsprechende Anwendung.
2. Der Antrag ist zu begründen und muss innerhalb einer Frist von 15 Monaten seit Bekanntwerden des Sachverhaltes, längstens drei Jahren nach dem Ausstellungsquartal der Bescheinigung, bei der Prüfungsstelle 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 € 50,00 nicht übersteigt.

§ 26

Prüfung in besonderen Fällen

A) Einzelfallprüfung

1. Auf Antrag der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände oder der KV Berlin prüfen die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss 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 die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss 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 die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss die Ordnungsweise 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 Vertragsärzte bei den antragstellenden Krankenkassen der Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit des Vertragsarztes ergibt.
3. Die Anträge können von der Prüfungsstelle 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 Vertragsärzte bei den antragstellenden Krankenkassen
 den Antrag rechtfertigen. Bei einer Zurückweisung des Antrages ist hierüber ein Bescheid zu erteilen.
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 Ordnungsquartals für die Lieferung der versichertenbezogenen Diagnosen nach ICD 10, so verlängert sich die Antragsfrist entsprechend.
5. Halten die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss 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 außer nach § 11 und § 12A werden wie folgt durchgesetzt:
 - a) Die Erstattungsbeträge werden nach der Bestandskraft des Bescheides mit den Honoraransprüchen des Vertragsarztes verrechnet und den Krankenkassen über das Formblatt 3 unter Mitteilung der Tagebuchnummer der Prüfungsstelle unverzüglich gutgeschrieben.
 - 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. (Anlage Abtretungserklärung)
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. 7.

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. Für sämtliche Entscheidungen des Prüfungsausschusses, die vor dem 31.12.2007 ergangen sind, ist abweichend von § 8 Abs. 6 Satz 4 dieser Prüfvereinbarung weiterhin vor Klageerhebung ein Widerspruchsverfahren vor dem Beschwerdeausschuss zu führen. Für Prüfungen auf Grundlage des § 84 Abs. 7a SGB V gelten für den Verordnungszeitraum 2007 weiterhin die Vorschriften der Prüfvereinbarung vom 20.04.2007.

§ 31**Kündigung**

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

Berlin, den 14.02.2008



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



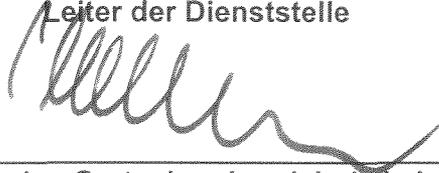
BKK-Landesverband Ost
- Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg -
Der Vorstand



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

Mindestanforderungen an Bescheide der Prüfungsstelle bzw. des Beschwerdeausschusses

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 Antragstellenden Krankenkasse (per Antragsverfahren).
4. Forderungssumme gesamt und aufgeteilt nach Krankenkassen, wobei die Aufteilung bei Richtgrößen- und Zufälligkeitsprüfungen 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 Kosten 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 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
6. Tagebuchnummer der Prüfungsstelle
7. Rechtsbehelfsbelehrung

Anlage zu § 12B:**Rechenmodus für die Gewichtung der Verordnungskosten bei Arznei- einschließlich Verbandmitteln und Heilmitteln****Rechenmodus** für die Gewichtung

Fallzahl M des Vertragsarztes x Fallkosten M der Vergleichsgruppe

Fallzahl F des Vertragsarztes x Fallkosten F der Vergleichsgruppe

Fallzahl R des Vertragsarztes x Fallkosten R der Vergleichsgruppe

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

Ein **Beispiel** soll diese Berechnungsart verdeutlichen:

Ein Vertragsarzt 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 Vertragsarztes:	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 Vertragsarzt.

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

= 10.319,40 €

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

= 3.397,80 €

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

= 15.258,10 €

Summe = 28.975,30 €

geteilt durch die Fallzahl des Vertragsarztes = 310

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

Der Vertragsarzt 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 § 17b

Weitere Prüfungsgegenstände

- unbesetzt -

Anlage zu § 17c

Bestimmung von weiteren Prüfkriterien

- unbesetzt -

< Krankenkasse >
Anschrift

Verträge und Recht

Ga/bka
Tel.: (030) 3 10 03 - 563
Fax: (030) 3 10 03 - 309

Unser Zeichen: RA- < ... >

< Datum >

**Anträge der < KK > nach Abschnitt / § < ... > der Prüfvereinbarung
Festsetzung von Ersatzverpflichtungen durch die Prüfungsgremien
Tagebuch-Nummer der Prüfungsstelle: < ... >
Abtretung der Erstattungsansprüche (§ 28 der Prüfvereinbarung)
Herr/Frau Dr. < ... > / Gemeinschaftspraxis < ... > / Einrichtung (MVZ) < ... >
Zuletzt bekannte Privatanschrift: < ... >**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen den/die oben bezeichnete/n Vertragsarzt/-ärztin / Gemeinschaftspraxis / Einrichtung wurde von dem Prüfungsausschuss / der Prüfungsstelle / dem Beschwerdeausschuss (Entscheidung am < ... >) eine Ersatzverpflichtung gegenüber der < KK > in Höhe von < ... > € festgestellt.

Eine Verrechnung des Erstattungsanspruches mit einem Honoraranspruch des Arztes / der Ärztin / der Gemeinschaftspraxis / der Einrichtung gegen die KV Berlin ist nicht mehr möglich, da

- Herr/Frau Dr. < ...; ggf. als Einzelpraxis > / die Gemeinschaftspraxis / die Einrichtung seine/ihre vertragsärztliche Tätigkeit zum < ... > beendet hat

- über das Vermögen des/der < ... > am < ... > das Insolvenzverfahren eröffnet wurde.

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin tritt daher gemäß § 52 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte / § 48 Abs. 2 EKV den oben bezifferten Erstattungsanspruch zur unmittelbaren Einziehung an < KK > ab.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag des Vorstandes