

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 1/49
-------------------------------------	-------------------------	---------------------------

Prüfvereinbarung über das Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 106 SGB V (Prüfvereinbarung)

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB)

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

sowie der

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

(handelnd als Landesverband)

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

den

Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH - Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung Berlin/Brandenburg

dem

BKK Landesverband Mitte

Siebstraße 4

30171 Hannover

der

IKK Brandenburg und Berlin

(handelnd als Landesverband)

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

der

Knappschaft

Regionaldirektion Cottbus

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

und der

LKK Mittel- und Ostdeutschland

(handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung)

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

(nachstehend als Verbände der Krankenkassen bezeichnet)

in der Fassung vom: 10.08.2011
gültig ab: 01.07.2011

1.1.	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
2/49		

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Grundsätze
- § 2 Organisation der Prüfungsgremien
- § 3 Prüfungsstelle
- § 4 Beschwerdeausschuss
- § 5 Einleitung des Prüfverfahrens
- § 6 Verfahren vor der Prüfungsstelle
- § 7 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss
- § 8 Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- § 9 Wahltarife, Sondervereinbarungen
- § 10 Grundsätze der Prüfverfahren und zur Feststellung bzw. Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten
- § 11 Interventionsberatung
- § 12 Grundsätze und Geltungsbereich der Prüfung nach Richtgrößen
- § 13 Berechnung der individuellen Richtgrößen
- § 14 Information über veranlasste Ausgaben
- § 15 Verfahren bei der Überschreitung von Richtgrößen
- § 16 Interventionsverfahren bei der Prüfung nach Richtgrößen
- § 17 Prüfung der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)
- § 18 Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten
- § 19 Einzelfallprüfung
- § 20 Prüfung in besonderen Fällen zur Feststellung eines sonstigen Schadens
- § 21 Feststellung eines sonstigen Schadens wegen rechtswidriger Verordnung von Leistungen
- § 22 Sachlich-rechnerische Richtigstellung
- § 23 Kostentragung
- § 24 Kostenerstattung im Widerspruchsverfahren
- § 25 Inkrafttreten und Kündigung

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 3/49
-------------------------------------	-------------------------	---------------------------

§ 1 Grundsätze

- (1) Mit dieser Vereinbarung wird durch die Vertragspartner das Verfahren der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106 SGB V gemeinsam und einheitlich gemäß § 106 Abs. 3 SGB V vereinbart.
- (2) Über die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Ordnungsweise in der vertragsärztlichen Versorgung entscheiden die Prüfungsstelle nach § 3 und der Beschwerdeausschuss nach § 4 (nachfolgend als Prüfungsgremien bezeichnet).
- (3) Die Prüfungsgremien entscheiden u.a. 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 der Wirtschaftlichkeit genügt.
- (4) Als Vertragsarzt im Sinne dieser Vereinbarung gelten niedergelassene Vertragsärzte, Ärzte gem. § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV, Berufsausübungsgemeinschaften, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ermächtigte Ärzte, ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin sowie zugelassene Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V, ermächtigte (ärztlich geleitete) Einrichtungen, soweit sie über die KVBB abrechnen, und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V (MVZ). Für Nicht-Vertragsärzte, die am ambulanten ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen, gilt diese Vereinbarung nur in Bezug auf die Prüfungen gem. §§ 19 bis 21.
- (5) Gem. § 7 Abs. 2 der Richtlinie der KBV über die Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei einer den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung übergreifenden Berufsausübung (KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie) ist für die Prüfung der verordneten und veranlassten Leistungen das Prüfungsgremium am Ort der für die Verordnung oder Veranlassung maßgeblichen Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte zuständig, es sei denn, es handelt sich um eine Zufälligkeitsprüfung, in welche auch die Prüfung von verordneten oder veranlassten Leistungen einbezogen ist.

1.1.	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
4/49		

§ 2 Organisation der Prüfungsgremien

- (1) Zur Erfüllung der sich aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch ergebenden Aufgaben bilden die Vertragspartner eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss. Gemäß § 106 Abs. 4a Satz 1 SGB V nehmen die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr. Der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt.
- (2) Über den Hergang der Beratungen und die Abstimmung haben die Mitglieder des Beschwerdeausschusses, die Mitarbeiter der Prüfungsstelle und die übrigen Beteiligten auch nach Beendigung ihres Amtes Stillschweigen zu wahren. Das Sozialgeheimnis ist zu achten. Soweit die Mitglieder in einem Dienstverhältnis zu einem öffentlich-rechtlichen Träger stehen, haben sie diesem gegenüber die Erklärung nach dem Gesetz über die förmliche Verpflichtung nicht beamteter Personen und die Erklärung nach dem Datenschutzgesetz abzugeben. Die erforderlichen Erklärungen zur Geheimhaltung der übrigen an einer Sitzung Beteiligten werden zu Beginn der Amtsperiode gegenüber der entsendenden Einrichtung abgegeben, wobei die Erklärungen der hinzugezogenen Sachverständigen vor Beginn der jeweiligen Sitzung eingeholt werden.

§ 3 Prüfungsstelle

- (1) Über den Leiter der Prüfungsstelle einigen sich die Vertragspartner.
- (2) Der Leiter hat die Aufgabe, die Prüfungsstelle derart zu leiten, dass sie die ihr zugewiesenen Aufgaben erfüllen kann und vertrauensvoll mit dem Beschwerdeausschuss zusammenarbeitet.
- (3) Der Leiter der Prüfungsstelle ist den Mitarbeitern der Prüfungsstelle gegenüber weisungsbefugt. Er übt das Direktionsrecht aus, um die laufenden Geschäfte zu erfüllen. In anderen Fragen ist Einvernehmen mit dem geschäftsführenden Gesellschafter der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung herzustellen. Die

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 5/49
-------------------------------------	-------------------------	---------------------------

Mitarbeiter der Prüfungsstelle sind dem Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses gegenüber fachlich weisungsgebunden.

- (4) Die Prüfungsstelle hat insbesondere nachfolgend beschriebene Aufgaben zu erfüllen:
1. das Prüfverfahren gemäß § 6 durchzuführen,
 2. im Auftrag des Vorsitzenden mit einer Frist von mindestens 3 Wochen zu den Sitzungen des Beschwerdeausschusses zu laden,
 3. die für die Prüfung notwendigen Statistiken zu erstellen und den Vertragspartnern innerhalb der Ladungsfrist zu übermitteln,
 4. die für die Prüfung notwendigen Daten und sonstigen Unterlagen aufzubereiten,
 5. dem Beschwerdeausschuss die wesentlichen Sachverhalte vorzutragen,
 6. das Protokoll der Sitzungen des Beschwerdeausschusses zu führen,
 7. die Entwürfe der Protokolle und die Entwürfe der Bescheide nach den Vorgaben des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses zu erstellen,
 8. Stellungnahmen zu Verfahren, Protokollen und Bescheiden sowie die Sitzungsprotokolle unter Beachtung des § 4 Abs. 17 bis 19 zu versenden,
 9. die Prüffakten zu führen,
 10. ein laufendes Verzeichnis über die Anträge, die eröffneten Prüfverfahren, den Verfahrensstand, Widersprüche, Klageverfahren und deren Ergebnisse kassenspezifisch zu führen sowie den Vertragspartnern in maschinell verwertbarer Form quartalsweise bzw. auf Anforderung zur Verfügung zu stellen,
 11. auf Vorschlag des Leiters der Prüfungsstelle die Einnahmen- und Ausgabenübersicht und den Rechenschaftsbericht nach § 4 Abs. 4 WiPrüfVO vorzubereiten,
 12. für jedes Kalenderjahr für Zwecke des § 106 Abs. 7 Satz 2 und 3 SGB V gemeinsam mit dem Beschwerdeausschuss einen Bericht über die Anzahl der eröffneten und abgeschlossenen Beratungen, Prüfungen sowie der festgesetzten Maßnahmen zu erstellen und den Vertragspartnern zur Verfügung zu stellen,
 13. unter Wahrung des Datenschutzes, insbesondere nach Vorgaben der Anlage zu § 78a SGB X, Daten, die ihr u.a. nach §§ 296 und 297 SGB V zu übermitteln sind, zusammen-

1.1.	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
6/49		

zuführen, aufzubereiten und daraus Vorlagen für Ausschüsse und Berichte zu erstellen,

14. die Vertragspartner über gehäuft auftretende Sachverhalte von allgemeinem Interesse, die zur Einleitung von Prüfverfahren führen, zeitnah zu informieren.

- (5) Die Prüfungsstelle erstellt nach erfolgter Entscheidung bzw. Beschlussfassung - bei Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss in Abstimmung mit dem unparteiischen Vorsitzenden - den Bescheid. Der Bescheid ist in den letztgenannten Verfahren von dem unparteiischen Vorsitzenden, ansonsten von dem Leiter der Prüfungsstelle zu unterschreiben. Der Bescheid soll zeitnah nach der Entscheidung der Prüfungsstelle bzw. innerhalb von 6 Wochen nach Beschluss des Beschwerdeausschusses erstellt und den Verfahrensbeteiligten bekannt gegeben werden.
- (6) Der Bescheid muss folgende Angaben enthalten:
- erlassende Stelle,
 - Art und Zeitraum des Prüfverfahrens,
 - namentliche Benennung der Mitglieder des Beschwerdeausschusses,
 - den im Prüfverfahren festgestellten wesentlichen Sachverhalt,
 - die Begründung der Entscheidung im Prüfverfahren,
 - den Antragsteller, soweit keine Prüfung von Amts wegen erfolgt,
 - im Falle eines Regresses die Forderungssumme der Krankenkassen gesamt und als Anlage zum Bescheid aufgeteilt nach Krankenkassen unter Anwendung eines von den Verbänden der Krankenkassen vorgegebenen Verteilungsmodus gem. Anlage 5 der Vereinbarung,
 - Datum der Ausfertigung,
 - Rechtsbehelfsbelehrung.
- (7) Vorzunehmende Verrechnungen werden der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen durch die Prüfungsstelle unverzüglich nach Bestandskraft der Entscheidung der Prüfungsstelle anteilig je Krankenkasse (einschließlich WOP-Kennzeichen der Versichertenkarte) unter Anwendung eines von den Verbänden der Krankenkassen vorgegebenen Verteilungsschlüssels gemäß den

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 7/49
-------------------------------------	-------------------------	---------------------------

Entscheidungen der Prüfungsstelle unter Angabe von

- Prüfungszeitraum
- Prüfungsart
- Arztnummer(n)
- Betriebsstättennummer(n)
- und Regressbetrag

getrennt nach pauschalierter bzw. morbiditätsbedingter und nicht pauschalierter bzw. nicht morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und unter Ausweis der einzelnen Leistungen mitgeteilt. Im Falle der Anrufung des Beschwerdeausschusses erfolgt die Information gemäß Satz 1 unverzüglich nach der Entscheidung des Beschwerdeausschusses, soweit nicht die aufschiebende Wirkung eintritt.

§ 4 Beschwerdeausschuss

- (1) Der Beschwerdeausschuss wird als organisatorisch selbständige Einheit gebildet.
- (2) Der Beschwerdeausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und jeweils vier Vertretern der KVBB und vier Vertretern der Verbände der Krankenkassen.
- (3) Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Verbänden der Krankenkassen, die Vertreter der Vertragsärzte von der KVBB benannt. Sie bestellen eine ausreichende Anzahl von Stellvertretern. Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses haben Anspruch auf Erstattung ihrer Auslagen sowie auf eine Entschädigung für Aufwand und Zeitverlust nach den für die Mitglieder der Organe der von ihnen vertretenen Körperschaften geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich gegen die Körperschaft, die sie bestellt hat. Die Entschädigung des unparteiischen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter richtet sich nach § 2 der WiPrüfVO.
- (4) Der Beschwerdeausschuss gliedert sich für Prüfungen nach § 106 SGB V in Kammern. Die Kammern entscheiden im Rahmen ihrer Zuständigkeit. Die Vertragspartner empfehlen dem Beschwerdeausschuss die Bildung von drei Kammern.

1.1.	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
8/49		

- (5) Die Kammern bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden und jeweils vier von der KVBB und von den Verbänden der Krankenkassen berufenen Mitgliedern oder deren Stellvertretern.
- (6) Die Mitglieder üben ihr Amt fachlich weisungsfrei aus.
- (7) Die Stellvertreter haben, soweit sie den Vorsitzenden oder die Mitglieder vertreten, deren Rechte und Pflichten.
- (8) Die Amtsdauer des Vorsitzenden und seiner Stellvertreter endet vorzeitig in den Fällen des § 3 Abs. 2 WiPrüfVO. Die Amtsdauer der übrigen Mitglieder und deren Stellvertreter kann aus wichtigem Grund durch die entsendende Stelle vorzeitig beendet werden.
- (9) Der Ausschluss und die Befangenheit der Mitglieder richten sich nach §§ 16 und 17 SGB X. Sofern ein Ausschluss- oder Befangenheitsgrund in Betracht kommt, ist dies vor Beginn der Beratung dem Vorsitzenden oder, soweit der Grund den Vorsitzenden betrifft, dem Beschwerdeausschuss mitzuteilen. Der Beschwerdeausschuss entscheidet mehrheitlich in Abwesenheit des Betroffenen über seinen Ausschluss. Das ausgeschlossene Mitglied darf bei der weiteren Beratung und Beschlussfassung nicht zugegen sein.
- (10) Der Vorsitzende ist für die Durchführung der Aufgaben des Beschwerdeausschusses verantwortlich und führt dessen laufende Geschäfte. Er hat insbesondere
1. im Benehmen mit den übrigen Mitgliedern des Ausschusses Sitzungstermine des Ausschusses festzusetzen,
 2. Entscheidungen vorzubereiten (einschließlich der Anforderung von Angaben und Beweismitteln von den Beteiligten), Zustellungen von Anträgen und Schriftsätzen zu veranlassen und im Benehmen mit dem Ausschuss unabhängige Sachkundige mit der Erstellung von Gutachten zu beauftragen, soweit die erforderliche Sachkunde unter den Mitgliedern des Ausschusses nicht vorhanden ist,
 3. die Sitzungen zu leiten und Beschlussfassungen herbeizuführen,
 4. auf korrekte Protokollierung hinzuwirken und die Niederschrift der Sitzungen, der Beschlüsse und der Bescheide verantwortlich zu unterzeichnen,

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 9/49
-------------------------------------	-------------------------	---------------------------

5. den Ausschuss gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten.
- (11) Der Vorsitzende gewährleistet die ordnungsgemäße Durchführung des Verwaltungsverfahrens nach den Maßgaben des Sozialgesetzbuches. Er soll Anzahl und Zeitfolge der Sitzungstermine so festlegen, dass die Beschlussfassung im Ausschuss zeitnah ab Einleitung des Verfahrens erfolgen kann.
- (12) Für die Erfüllung der laufenden Geschäfte bedient sich der Vorsitzende der Prüfungsstelle. Er arbeitet mit der Prüfungsstelle vertrauensvoll zusammen.
- (13) Die Sitzungen sind nicht öffentlich. Zu den Sitzungen ist in der Regel mit einer Frist von mindestens vier Wochen einzuladen. Die Tagesordnung und die die Feststellungen ergänzenden Unterlagen sind den Mitgliedern des Beschwerdeausschusses zusammen mit der Einladung zur Beschwerdeausschusssitzung zur Verfügung zu stellen.
- (14) Grundsätzlich sollen die Unterlagen nach Absatz 13 Folgendes umfassen:
- Stellungnahme des Vertragsarztes
 - Arzthistorie mit Informationen aus früheren Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren
 - Bezeichnung der Datengrundlagen
 - Berechnungsalgorithmen
 - Bewertungskriterien
 - Darstellung der Ergebnisse
 - Bescheid der Prüfungsstelle bzw. des Prüfungsausschusses, gegen den Widerspruch eingelegt wurde
 - ggf. Widerspruchsschreiben und Information über anhängige Klageverfahren.

Darüber hinausgehend kann der Beschwerdeausschuss im Einzelfall über weiteren Bedarf entscheiden.

- (15) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sind verpflichtet, an den Sitzungen teilzunehmen; bei Verhinderung ist die Prüfungsstelle zu benachrichtigen und ein Stellvertreter bekannt zu geben.
- (16) Der Vorsitzende kann die beauftragten Sachkundigen zur Sitzung einladen.

1.1. 10/49	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
----------------------	-------------------------	-------------------------------------

- (17) An den Sitzungen des Beschwerdeausschusses nimmt ein Protokollant teil. Über die Sitzungen des Beschwerdeausschusses sind Protokolle zu fertigen. Diese beinhalten:
- Tag und Ort der Sitzung,
 - Beginn und Ende der Sitzung,
 - die Namen der/des Vorsitzenden, der Ausschussmitglieder und übrigen Anwesenden unter Angabe der Eigenschaft, in der sie mitwirken,
 - den behandelten Prüfgegenstand und den Prüfungszeitraum.
- Sie haben sachbezogen die wesentlichen Argumente der Beratungen und die den Beschluss tragenden Gründe wiederzugeben. Beschlüsse sind im Wortlaut aufzuführen. Sachvorträge von Beschwerdeausschussmitgliedern oder Sachkundigen sind auf deren Verlangen aufzunehmen. Das Protokoll ist vom Vorsitzenden der Sitzung und vom Protokollführer zu unterzeichnen.
- (18) Das Protokoll ist den jeweiligen Sitzungsteilnehmern innerhalb von zwei Wochen nach der Sitzung zuzuleiten, die Einwendungen gegen das Protokoll innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des Protokolls schriftlich mitteilen können. Über die Einwendungen entscheidet der Vorsitzende; bei offensichtlichen Unrichtigkeiten der Protokollführer.
- (19) Ausfertigungen der Protokolle erhalten die Sitzungsteilnehmer.

§ 5 Einleitung des Prüfverfahrens

- (1) Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung auf schriftlichen Antrag, sofern sie nicht von Amts wegen tätig wird.
- (2) Antragsberechtigt sind die KVBB, die Krankenkassen oder ihre Verbände.
- (3) Gemeinsame Anträge sind möglich.
- (4) Der Antrag auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit muss die Prüfungsart und die Gründe einschließlich der begründenden Statistiken, die zur Aufnahme des Prüfverfahrens führen sollen, bezeichnen. Die Prüfungsgremien sind grundsätzlich an diesen Antrag gebunden.

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 11/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

Stellen die Prüfungsgremien im Rahmen ihrer Tätigkeit Sachverhalte fest, die eine andere Prüfart betreffen (z.B. sonstiger Schaden), so ist der Wechsel der Prüfart zulässig.

- (5) Die Anträge auf Prüfung sind den Verfahrensbeteiligten, soweit sie nicht Antragsteller sind, sowie dem betroffenen Vertragsarzt von der Prüfungsstelle unter Benennung des Antragstellers, des Antragsgrundes und des betreffenden Zeitraums unverzüglich bekannt zu geben.
- (6) Der Vertragsarzt wird mit der Eröffnung des Verfahrens zur schriftlichen Stellungnahme aufgefordert. Im Verfahren des Beschwerdeausschusses kann er seinen Anspruch auf persönliche Anhörung geltend machen.
- (7) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss können gezielte Prüfungen nach § 106a SGB V für die Fälle beantragen, in denen die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung aufgrund von im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung festgestellten Abrechnungsauffälligkeiten zu vermuten ist. Eine Prüfung nach Satz 1 kann innerhalb eines Monats nach Feststellung der begründeten Zweifel beantragt werden. Der Antrag muss auf die Durchführung anlassbezogener Prüfungen gerichtet sein und einen konkreten Prüfgegenstand, das entsprechende Quartal bzw. die entsprechenden Quartale, den betroffenen Vertragsarzt sowie die vorhandenen Beweismittel benennen. Je nach Zuständigkeit ist der Antrag an die jeweilige Krankenkasse oder an die KVBB zu richten und zu begründen. Die begründenden Unterlagen sind beizufügen. Zur Antragstellung ist das Formular gemäß Anlage 3 zu verwenden.

§ 6 Verfahren vor der Prüfungsstelle

- (1) Die Prüfungsstelle bereitet die für die Prüfungen erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und entscheidet, ob der Vertragsarzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind.
- (2) Die Prüfungsstelle erteilt einen Prüfbescheid, der die Angaben nach § 3 Abs. 6 enthält.

1.1. <hr/> 12/49	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
----------------------------	-------------------------	-------------------------------------

- (3) Der Prüfbescheid ist den Verfahrensbeteiligten bekannt zu geben. Ausfertigungen des Bescheides erhalten:
1. der betroffene Vertragsarzt (bei beschwerenden Beschlüssen mit Übergabe-Einschreiben,
 2. die Krankenkassen bzw. die Verbände der Krankenkassen (gegen Empfangsbekanntnis),
 3. die beteiligte Krankenkasse, sofern sie Antragsteller ist (gegen Empfangsbekanntnis),
 4. die KVBB (gegen Empfangsbekanntnis).
- (4) Gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle können innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Prüfbescheides die Verfahrensbeteiligten schriftlich Widerspruch beim Beschwerdeausschuss einlegen. Er kann auch zur Niederschrift bei der Prüfungsstelle erhoben werden. Der Widerspruch ist zu begründen. Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung.
- (5) Abweichend von Abs. 4 Satz 1 findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht in den Prüfungen nach § 21 ein Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss nicht statt. Der Prüfbescheid ist in diesen Fällen mit einer Belehrung über die Zulässigkeit der Klage, die einzuhaltende Klagefrist, den Sitz und die Anschrift des zuständigen Sozialgerichts zu versehen und dem Vertragsarzt mit Übergabe-Einschreiben sowie den übrigen Verfahrensbeteiligten gegen Empfangsbekanntnis zuzustellen. Eine Klage gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle in den Prüfungen nach § 21 hat aufschiebende Wirkung. Im sozialgerichtlichen Verfahren bei Prüfungen nach § 21 wird die Prüfungsstelle durch deren Leiter vertreten.

§ 7

Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

- (1) Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren im Sinne von § 78 des Sozialgerichtsgesetzes.
- (2) Im Beschwerdeverfahren ist dem Antragsteller / Widerspruchsführer und dem betroffenen Vertragsarzt Gelegenheit zur persönlichen Anhörung zu geben. Dazu ist der Vertragsarzt mit einer Frist von mindestens vier Wochen zu laden. Eine Verkürzung der

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 13/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

Ladungsfrist auf mindestens zwei Wochen ist mit ausdrücklicher schriftlicher Zustimmung des Vertragsarztes möglich.

Bei Nichterscheinen der Geladenen kann ohne deren Anwesenheit entschieden werden, wenn in der Ladung darauf hingewiesen wurde. Eine Vertretung in der persönlichen Anhörung des Vertragsarztes ist möglich; der Vertragsarzt darf ebenso einen Berater hinzuziehen. Als Berater dürfen solche Personen nicht beteiligt werden, die an der Entscheidung der Prüfungsstelle mitgewirkt haben.

- (3) Die Entscheidung des Beschwerdeausschusses ergeht aufgrund einer mündlichen Verhandlung.
- (4) Der Beschwerdeausschuss entscheidet durch Beschluss. Der Vorsitzende leitet die Sitzung. Er stellt unter Berücksichtigung des Beratungsverlaufes einen Vorschlag zur Abstimmung.
- (5) Der Beschwerdeausschuss beschließt mit Stimmenmehrheit per Handzeichen. Stimmenthaltung ist nicht möglich. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.
- (6) Beschlussfähigkeit besteht, wenn neben dem Vorsitzenden mindestens jeweils zwei Vertreter der KVBB und der Verbände der Krankenkassen anwesend sind. Sind es mehr als jeweils zwei Vertreter, muss die Parität bei der Abstimmung gewährleistet sein.
- (7) Die Beschlussunfähigkeit ist vom Vorsitzenden, bei seiner Abwesenheit vom lebensältesten anwesenden Mitglied des Beschwerdeausschusses festzustellen. Die Feststellung ist zu protokollieren.
- (8) Die Beratung der wegen Beschlussunfähigkeit nicht beratenen Tagesordnungspunkte soll in einer separat anzuberaumenden Sitzung erfolgen. Diese soll innerhalb von vier Wochen stattfinden. Der Beschwerdeausschuss ist dann mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder beschlussfähig.
- (9) Der Beschwerdeausschuss erteilt dem Widerspruchsführer und den anderen Verfahrensbeteiligten über die getroffene Entscheidung einen schriftlichen Bescheid. Die Entscheidung ist unter Berücksichtigung der vom Widerspruchsführer gegen die Ent-

1.1.	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
14/49		

scheidung der Prüfungsstelle erhobenen Einwendungen und des Vorbringens der übrigen Verfahrensbeteiligten zu begründen. Der Widerspruchsbescheid ist mit einer Belehrung über die Zulässigkeit der Klage, die einzuhaltende Klagefrist, den Sitz und die Anschrift des zuständigen Sozialgerichts zu versehen und dem Vertragsarzt mit Übergabe-Einschreiben sowie den übrigen Verfahrensbeteiligten gegen Empfangsbekanntnis zuzustellen.

- (10) Im sozialgerichtlichen Verfahren wird der Beschwerdeausschuss grundsätzlich durch den Vorsitzenden, im Ausnahmefall durch einen der stellvertretenden Vorsitzenden vertreten.

§ 8

Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss prüfen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch:

1. Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung) (§§ 12 - 16),
2. Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben (Zufälligkeitsprüfung) (§ 17),
3. Prüfung ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) nach Durchschnittswerten (§ 18),
4. Einzelfallprüfung (§ 19),
5. Prüfung in besonderen Fällen zur Feststellung eines sonstigen Schadens (§ 20),
6. Feststellung eines sonstigen Schadens wegen rechtswidriger Verordnung von Leistungen (§ 21).

§ 9

Wahltarife, Sondervereinbarungen

- (1) Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Verordnungskosten aus Wahltarifen nach § 53 Abs. 4 und 5 SGB V und Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 SGB V, sofern sie in den prüfrelevanten Daten enthalten sind, bei den Prüfverfahren ausgabenmindernd zu berücksichtigen sind.

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 15/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

- (2) Hat die Krankenkasse mit Vertragsärzten gem. § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V abweichende Vereinbarungen getroffen, sind diese zu berücksichtigen. Die Krankenkasse nach Satz 1 hat die Prüfungsstelle über die entsprechende Vereinbarung zu unterrichten.

§ 10

Grundsätze der Prüfverfahren und zur Feststellung bzw. Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

- (1) Bei den Prüfverfahren sind die Gesamttätigkeit des Vertragsarztes, Praxisbesonderheiten sowie kausale Einsparungen zu berücksichtigen, soweit diese aus den Unterlagen oder in sonstiger Weise bekannt sind oder vom betroffenen Vertragsarzt nachgewiesen werden. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten kann nur durch die Prüfungsstelle bzw. den Beschwerdeausschuss erfolgen.
1. Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche für die Vergleichsgruppe, von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungskosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert.
 2. Wird eine Praxisbesonderheit mit besonderen Kenntnissen oder Erfahrungen, einer besonderen Behandlungsweise oder mit einer speziellen Praxisausstattung begründet, setzt deren Anerkennung den Nachweis voraus, dass diese Besonderheiten zu einer entsprechenden Konzentration von Patienten geführt haben, die dieser Besonderheiten bedürfen. Die Tatsache, dass die Mehrzahl der der Vergleichsgruppe angehörenden Vertragsärzte eine bestimmte Leistung nicht abgerechnet hat, begründet für die übrigen Vertragsärzte für sich allein noch nicht die Annahme einer Praxisbesonderheit.
 3. Der Mehraufwand im geprüften Bereich kann durch einen Minderaufwand in einem anderen Bereich ganz oder teilweise ausgeglichen werden. Voraussetzung für einen solchen Ausgleich ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Mehraufwand und Minderaufwand, für den der Vertragsarzt die Darlegungslast hat.

1.1.	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
16/49		

- (2) Hat die Prüfungsstelle - auch aufgrund der Stellungnahme des Vertragsarztes - im Einzelfall Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, hat sie die Datengrundlage um offensichtlich unrichtige Bestandteile zu bereinigen. Die Bereinigung ist im Bescheid darzustellen und zu begründen.
- (3) Für die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina werden die Verordnungskosten um die in Anlage 2 aufgeführten Wirkstoffe bzw. Heilmittel bereinigt, sofern diese bei der Bildung der Richtgrößen keine Berücksichtigung fanden. Weitere Wirkstoffe bzw. Heilmittel der Anlage 2 werden von den Prüfungsgremien unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit als Praxisbesonderheiten gewertet, soweit die Verordnungskosten dieser Wirkstoffe bzw. Heilmittel bei der Bildung der Richtgrößen Berücksichtigung fanden. Der Vertragsarzt soll auf dem Behandlungsausweis die entsprechenden Symbolnummern angeben. Zur Konkretisierung und Umsetzung der Anlage 2 erstellen die Vertragspartner mit Datenstand 15.12. des jeweiligen Jahres eine Arzneimitteldatei „Praxisbesonderheiten“, die mindestens Pharmazentralnummer, Bezeichnung und ATC-Code für die Arzneimittel enthält, die eindeutig einer Indikation der Anlage 2 zugeordnet werden können. Diese Datei ist der Prüfungsstelle zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus gelten Arzneimittel nach § 73d SGB V als Praxisbesonderheit.
- (4) Weitere Praxisbesonderheiten ermittelt die Prüfungsstelle auf Antrag des Vertragsarztes, auch durch Vergleich mit den Diagnosen und Verordnungen in einzelnen Anwendungsgebieten der entsprechenden Fachgruppe. In Fällen gem. § 15 Abs. 4 kann sie diese aus einer Stichprobe ermitteln und nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hochrechnen.
- (5) Für die geltend gemachten Praxisbesonderheiten trägt der Vertragsarzt die Darlegungslast, soweit diese nicht den Prüfungsgremien für den Prüfungszeitraum bekannt und quantifizierbar sind.
- (6) Die Quantifizierung der Praxisbesonderheiten nach Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 ist auf die Höhe der dadurch gegenüber der Arztgruppe bedingten Mehrkosten je Fall begrenzt. Macht der Vertragsarzt Praxisbesonderheiten nach Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 geltend,

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 17/49
-------------------------------------	-------------------------	-----------------------------------

werden die durchschnittlichen Kosten der Fachgruppe im Einzelfall (Sockel) von der Prüfungsstelle ermittelt.

Für Verordnungen gem. Anlage 2 im Zusammenhang mit DMP-Verträgen finden Satz 1 und 2 keine Anwendung. Die Prüfungsstelle prüft stichprobenbezogen den leitliniengerechten Einsatz dieser Verordnungen.

- (7) Bei der Bildung der Richtgrößen berücksichtigte Maßstäbe können zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten nicht erneut herangezogen werden.
- (8) Bei der Beurteilung der Mehrkosten je Fall haben die Prüfungsgremien Hinweise auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu berücksichtigen, die sich aus der Einhaltung der Ziele der Arzneimittelvereinbarung ergeben.

§ 11 Interventionsberatung

- (1) Die Interventionsberatung dient dem Zweck, anhand einer arztbezogenen Analyse des Abrechnungs- bzw. Verordnungsverhaltens Unwirtschaftlichkeiten zu analysieren und Schlussfolgerungen für die Zukunft zu ziehen.
- (2) Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss beschließt in erforderlichen Fällen eine Beratung der Vertragsärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung. Über die Art und Weise der Durchführung und den Inhalt der Beratung entscheidet die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss. Auf eine Beratung soll verzichtet werden, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit eingestellt hat oder in Kürze einstellen wird. Beratungen sollen mündlich erfolgen. Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss soll die Beratung an die KVBB und die Verbände der Krankenkassen delegieren, die diese mit pharmazeutischen oder ärztlichen Beratern durchführen. Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss kann die Beratung auf Ausschussmitglieder delegieren, in diesen Fällen ist die Personenidentität zu den in Satz 5 genannten Beratern herzustellen. Die jeweils durchzuführenden Beratungen werden von der Prüfungsstelle koordiniert.

1.1.	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
18/49		

- (3) Grundlage der Beratung sind insbesondere Übersichten über die vom Vertragsarzt in einem Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten und veranlassten Leistungen, die auch zum Prüfverfahren herangezogen wurden. Diese Unterlagen werden durch die Prüfungsstelle aufbereitet und den an der Beratung teilnehmenden Beratern übergeben. Eine Beratung zur Verordnungsweise wird außerdem auf der Grundlage der PharmPro-Auswertung durchgeführt. Diese Daten werden der Prüfungsstelle durch die Verbände der Krankenkassen kostenfrei zur Verfügung gestellt. Die Vertragspartner können der Prüfungsstelle weitere zur Beratung geeignete Unterlagen kostenfrei übergeben.
- (4) Inhalte der Beratung sind insbesondere:
- die qualitative Bewertung von Arzneimitteln
 - der evidenzbasierte Einsatz von Arzneimitteln
 - therapeutische Alternativen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
 - Informationen zu Inhalt und Umsetzung der Arzneimittelrichtlinien
 - Einsparpotenziale durch Preisvergleich bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln
 - die Vermeidung von Arzneimitteln mit kontrovers diskutierter Wirkung
 - die Vermeidung von Polypragmasie
 - die Mengenkontrolle
 - der Behandlungsaufwand des Vertragsarztes je Behandlungsfall, verglichen mit der Vergleichsgruppe unter Berücksichtigung anerkannter Praxisbesonderheiten und des Behandlungsziels
 - die Inhalte ärztlicher Diagnostik und Therapie bei einzelnen Gebührennummern des EBM und ihre Eignung zur wirtschaftlichen Erreichung des Behandlungsziels
 - die Häufigkeit der Abrechnung einzelner Gebühren- und Symbolnummern in Bezug auf die abgerechneten Diagnosen
 - die Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Krankenhauseinweisungen, Arbeitsunfähigkeit und Heilmitteln
 - die wirtschaftliche Bedeutung von Überweisungen und veranlassten Leistungen mit Großgeräten
 - die fachgerechte ärztliche Tätigkeit entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 19/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

- (5) Wird von der Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss eine Interventionsberatung als Maßnahme festgesetzt und nimmt der Vertragsarzt den Beratungstermin ohne triftigen Grund und/oder ohne vorherige Information nicht wahr, so können dem Vertragsarzt die Kosten für die nicht erfolgte Interventionsberatung auferlegt werden.
- (6) Die Inhalte einer mündlichen Beratung sind zu protokollieren, das Protokoll ist der Prüfungsstelle, der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen innerhalb eines Monats zur Verfügung zu stellen. Die zur Durchführung der Beratungen erforderlichen Räumlichkeiten stellt die Prüfungsstelle zur Verfügung. Die Prüfungsstelle lädt nach vorheriger Terminabstimmung den Vertragsarzt sowie die weiteren Beteiligten schriftlich ein. In dem Einladungsschreiben ist auf den Gegenstand des Gesprächs und die Folgen für den Fall des Nichterscheinens hinzuweisen.

§ 12

Grundsätze und Geltungsbereich der Prüfung nach Richtgrößen

- (1) Es werden einheitliche arztgruppenspezifische, behandlungsfallbezogene, versorgungsbedarfsgerechte Richtgrößen gemäß § 84 SGB V für das auf das Kalenderjahr bezogene Volumen der je Vertragsarzt verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel zum Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V für die in Anlage 1 erwähnten Arztgruppen gebildet. Vertragsärzte, die keiner der konkret bezeichneten Arztgruppen zugeordnet werden können, bzw. für welche keine oder gem. § 106 Abs. 5d SGB V individuelle Richtgrößen festgelegt sind, nehmen an der Prüfung nach Richtgrößen nicht teil.
- (2) Die Richtgrößen werden für Arznei- und Verbandmittel einerseits sowie Heilmittel andererseits vereinbart. In den Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel ist der Sprechstundenbedarf (nur Arznei- und Verbandmittel) enthalten.
- (3) Die Richtgrößen gelten je kurativ - ambulantem Behandlungsfall gem. BMV-Ä bzw. EKV (Behandlungsfall). Es werden die Behandlungsfälle eines Kalenderjahres betrachtet.

1.1. <hr/> 20/49	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
----------------------------	-------------------------	-------------------------------------

- (4) Die Richtgrößen werden zunächst differenziert nach Allgemeinversicherten und Rentnern einschließlich der jeweiligen Familienversicherten (nachfolgend M/F und R genannt) vereinbart. Eine weitergehende Differenzierung erfolgt nach Vorliegen der gemeinsamen Rahmenvorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.
- (5) Verordnungskosten von Arzneimitteln, für die der Vertragsarzt einem Vertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V beigetreten ist, sind nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung. Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Vertragsärzte und die Laufzeit der Verträge. Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V aufgrund von Verträgen, denen der Vertragsarzt nicht beigetreten ist, sind als pauschalisierte Beträge abzuziehen.
- (6) Gesetzliche Zuzahlungen sowie gesetzliche und vertraglich vereinbarte Rabatte werden bei der Festlegung der Richtgrößen nicht in Abzug gebracht (Bruttoprinzip).

§ 13

Berechnung der individuellen Richtgrößen

- (1) Die für die einzelnen Arztgruppen und Versichertengruppen (M/F und R) bzw. in weiterer Aufgliederung anzuwendenden Richtgrößen sind der Anlage 1 zu entnehmen. Die Berechnung der Richtgröße bei fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V sowie Arztpraxen mit angestellten Ärzten richtet sich nach der Zahl der Ärzte der zu berücksichtigenden Arztgruppen in der jeweiligen Einrichtung / Berufsausübungsgemeinschaft und berechnet sich wie folgt:

$$RG_{(BF)} = \frac{\sum_{i=1}^n N_i * S_i}{\sum_{i=1}^n N_i} \times K_n$$

Legende: $RG_{(BF)}$ Richtgröße je Behandlungsfall
 S_i Richtgröße je Behandlungsfall in der Arztgruppe i (siehe Anlage 1)

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 21/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

N_i Anzahl der Ärzte in der Arztgruppe i
 K_n Faktor zum Ausgleich der unterschiedlichen Methodik der Fallzählung in Einzelpraxis bzw. Berufsausübungsgemeinschaft / Einrichtung
 n Anzahl der zu berücksichtigenden Arztgruppen ($n=1...10$)

$(K_1 \rightarrow 1; K_2 \rightarrow 1,15; K_3 \rightarrow 1,2; K_4 \rightarrow 1,25; K_5 \rightarrow 1,3;$
 $K_6 \rightarrow 1,35; K_7 \rightarrow 1,4; K_8 \rightarrow 1,45; K_9 \rightarrow 1,5; K_{10} \rightarrow 1,55)$

- (2) Bei der Berechnung der Richtgrößen bleiben Vertragsärzte der Arztgruppen, die nicht in Anlage 1 aufgeführt sind, unberücksichtigt. Bei wechselnder Arztgruppenszusammensetzung wird eine taggenaue Berechnung der Richtgröße vorgenommen.
- (3) Für einen Vertragsarzt, der für mehrere Gebiete der genannten Arztgruppen zugelassen ist, wird die Höhe der Richtgrößen analog zu Abs. 1 errechnet. Als Faktor kommt K_1 zur Anwendung.
- (4) Die KVBB teilt der Prüfungsstelle und den Verbänden der Krankenkassen die gem. Absatz 1 bis 3 anzuwendenden Richtgrößen mit.

§ 14

Information über veranlasste Ausgaben

- (1) Zur kontinuierlichen Information der Vertragsärzte werden diesen die ungeprüften Verordnungsdaten zu den von ihnen veranlassten Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel gemäß der Vereinbarung über die arztbezogene Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V vom 04.06.2002 seitens der KVBB monatlich zur Verfügung gestellt. Im Einvernehmen mit den Vertragspartnern kann für einzelne Ärzte vom monatlichen Versand abgesehen werden. Die Versendung der Quartals- und Jahresstatistik bleibt hiervon unberührt.
- (2) Für Heilmittel werden der KVBB seitens der Verbände der Krankenkassen grundsätzlich 15 Wochen nach Quartalsende die Frühinformationsdaten nach § 84 Abs. 5 SGB V, getrennt nach M/F und R, zur kontinuierlichen Information der Vertragsärzte zur Verfügung gestellt.

1.1. <hr/> 22/49	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
----------------------------	-------------------------	-------------------------------------

- (3) Die KVBB stellt den Vertragsärzten deren Verordnungsdaten einschließlich der dazugehörigen Anzahl der Behandlungsfälle in geeigneter Weise zur Verfügung. Hierzu werden die Daten nach Absatz 1 und 2 mit der jeweiligen Fallzahl verknüpft, um den Vertragsärzten die Richtgrößenauslastung zu übermitteln.

§ 15

Verfahren bei der Überschreitung von Richtgrößen

- (1) Die Richtgrößenprüfung wird getrennt für Arznei- und Verbandmittel sowie für Heilmittel auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die den Prüfungsstellen gemäß § 296 SGB V übermittelt werden.
- (2) Die Richtgrößenprüfung soll in der Regel für nicht mehr als 5 % der Vertragsärzte einer Arztgruppe durchgeführt werden. Insbesondere sollen bei der Richtgrößenprüfung auch Vertragsärzte geprüft werden, deren ärztlich verordnete Leistungen in bestimmten Anwendungsgebieten deutlich von der Arztgruppe abweichen sowie insbesondere auch verordnete Leistungen von Vertragsärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 Arzneimittelgesetz beteiligt sind.
- (3) Nach Ablauf des Kalenderjahres ermittelt die Prüfungsstelle für jeden Vertragsarzt das Richtgrößenvolumen, das sich als Summe aus den Produkten der Richtgrößen getrennt nach M/F und R (Anlage 1) mit den entsprechenden Fallzahlen des Vertragsarztes ergibt. Das Gesamtverordnungsvolumen des Vertragsarztes (Brutto) wird um die Verordnungskosten bereinigt, die bei der Berechnung der Richtgrößen nicht berücksichtigt wurden. Darüber hinaus werden für einen Vertragsarzt, der in der Arzneimittelgruppe 12 gem. § 3 Abs. 1 der Arzneimittelvereinbarung 2009 den vereinbarten Zielwert erreicht hat, für das Jahr 2009 die Kosten für diese Arzneimittelgruppe bereinigt.
Das Richtgrößenvolumen wird verglichen mit dem jeweiligen bereinigten Gesamtverordnungsvolumen (Brutto).
- (4) Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 23/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hoch.

(5) Die Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina sind für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen; sie können für den Zeitraum eines Quartals durchgeführt werden, wenn dies die Wirksamkeit der Prüfung erhöht und hierdurch das Prüfungsverfahren vereinfacht wird.

(6) Kann eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt die Richtgrößenprüfung auf Grundlage des Arztgruppendurchschnittes mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben. Erweist sich diese als ebenfalls nicht durchführbar, kann die Einzelfallprüfung nach § 19 durchgeführt werden.

Zur Umsetzung des § 106 Abs. 2 Satz 7 1. Halbsatz SGB V unterbreiten die Vertragspartner der Prüfungsstelle einvernehmlich arztbezogen Vorschläge zur Einstellung des Verfahrens. Das hierfür durchzuführende Auswahlverfahren wird von der Prüfungsstelle datentechnisch unterstützt. Im Rahmen dieser Auswahl soll für den Bereich der Arzneimittel sowohl die Höhe der Überschreitung berücksichtigt, als auch jeweils ein Prozentpunkt für die Einhaltung eines Zielwertes gem. Arzneimittelvereinbarung überschreitungsmindernd gewürdigt werden:

- für das Jahr 2008 für alle Arzneimittelgruppen
- für das Jahr 2009 für die Arzneimittelgruppen 1 bis 11.

Zur Durchführung der Vorauswahl für den Bereich der Heilmittel stellen die Verbände der Krankenkassen stichprobenweise anhand der von der gemeinsamen Arbeitsgruppe gem. § 2 der Heilmittelvereinbarung entwickelten Kriterien die Verordnungen von drei repräsentativen Krankenkassen für maximal 100 der die Richtgrößen für Heilmittel prüfungsrelevant überschreitenden Vertragsärzte zur Verfügung.

(7) Überschreiten die nach Abs. 3 bereinigten Bruttoverordnungskosten eines Vertragsarztes das für seine Praxis ermittelte Richtgrößenvolumen um mehr als 15 %, werden Beratungen durchgeführt, wenn auf Grund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung).

1.1. <hr/> 24/49	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
----------------------------	-------------------------	-------------------------------------

- (8) Überschreiten die im Rahmen der Vorab-Prüfung nicht durch Praxisbesonderheiten begründeten Bruttoverordnungskosten eines Vertragsarztes das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 %, erfolgt durch die Prüfungsstelle die schriftliche Aufforderung an den Vertragsarzt, innerhalb von 2 Monaten die Höhe der von ihm veranlassten Bruttoverordnungskosten zu begründen.
Im Rahmen dieser Stellungnahme soll der Vertragsarzt auch darlegen, in welcher Höhe Praxisbesonderheiten gemäß § 10 sowie kompensationsfähige Minderausgaben gemäß Abs. 9 geltend gemacht werden.
- (9) Die Stellungnahme des Vertragsarztes wird durch die Prüfungsstelle bzw. den Beschwerdeausschuss bewertet. Darin dargelegte kompensationsfähige Minderausgaben in einem der beiden Teilbereiche - Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel - sind zu berücksichtigen, sofern sie in einem ursächlichen Zusammenhang stehen.
- (10) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist auch die Einhaltung der Arzneimittel-Richtlinien i. V. m. § 35b Abs. 1 SGB V zu prüfen.
- (11) Überschreitet das Bruttoverordnungsvolumen nach Berücksichtigung der entlastenden Faktoren (Praxisbesonderheiten usw.) das Richtgrößenvolumen und macht diese Überschreitung mehr als 15 % und nicht mehr als 25 % des Richtgrößenvolumens aus und stellt die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss die Unwirtschaftlichkeit der Verordnungsweise fest, wird eine Interventionsberatung gemäß § 11 festgesetzt.
- (12) Liegt die Überschreitung des Richtgrößenvolumens nach Berücksichtigung der entlastenden Faktoren (Praxisbesonderheiten usw.) über 25 %, ist ein Interventionsverfahren gem. § 16 dieser Vereinbarung durchzuführen.

§ 16

Interventionsverfahren bei der Prüfung nach Richtgrößen

- (1) Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand, soweit dieser nicht als Praxisbesonderheit zu

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 25/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

berücksichtigen ist, den Krankenkassen unter Beachtung von Absatz 3 und 4 zu erstatten.

- (2) Neben der Berücksichtigung der als Praxisbesonderheit gemäß § 10 anerkannten Verordnungskosten als Minderausgaben können von der Prüfungsstelle bzw. dem Beschwerdeausschuss zur Wahrung der Rechtssicherheit Sicherheitsabschläge vorgenommen werden. Die abschließende Festlegung des Regressbetrages erfolgt durch die Prüfungsstelle bzw. den Beschwerdeausschuss.
- (3) Die entsprechenden Unterlagen sind durch die Prüfungsstelle so aufzubereiten, dass der Mehraufwand auf der Basis der Nettoverordnungskosten (Nettoprinzip) berechnet wird. Dazu wird der aus den um die Praxisbesonderheiten bereinigten Bruttoverordnungskosten ermittelte Regressbetrag um den Herstellerrabatt gemäß § 130a Abs. 1, 3a und 3b SGB V sowie den Apothekenrabatt nach § 130 SGB V vermindert. Zuzahlungen der Versicherten sowie Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V auf Grund von Verträgen, denen der Vertragsarzt nicht beigetreten ist, sind gem. § 12 Abs. 5 als pauschalisierte Beträge abzuziehen.
- (4) Die Prüfungsstelle soll vor ihren Entscheidungen und Festsetzungen auf eine entsprechende Vereinbarung gem. § 106 Abs. 5a Satz 4 SGB V mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann.
- (5) Die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss kann in hierfür geeigneten Fällen von der Festsetzung eines Regresses absehen bzw. einen ausgesprochenen Regress aufheben, soweit mit dem Vertragsarzt eine Vereinbarung gemäß § 106 Abs. 5d SGB V abgeschlossen wird. Auf Antrag des Vertragsarztes, der innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheides oder Kenntnis des Sachverhalts erfolgen muss, hat das Prüfungsgremium innerhalb von drei Monaten eine Vereinbarung nach Satz 1 anzubieten.
- (6) Neben der Festsetzung eines Regresses kann die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss ein zusätzliches Informationsgespräch veranlassen.

1.1. <hr/> 26/49	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
----------------------------	-------------------------	-------------------------------------

§ 17

Prüfung der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)

- (1) Für die Zufälligkeitsprüfung gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V gelten die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen (Richtlinien „Zufälligkeitsprüfung“). Der Prüfungszeitraum umfasst vier aufeinander folgende Quartale vor der Stichprobenziehung. Die Prüfungen werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die der Prüfungsstelle gem. § 297 SGB V i.V.m. Abschnitt 5 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen in der jeweils gültigen Fassung (DTA-Vereinbarung) übermittelt werden. Für den Fall der KV- übergreifenden Berufsausübung hat die Prüfungsstelle die Daten bei der betreffenden KV anzufordern.

- (2) Die KVBB und die Verbände der Krankenkassen legen Stichprobengruppen bis zum 30. November eines Jahres für die Stichprobenziehungen des Folgejahres nach § 2 Abs. 2 der Richtlinien „Zufälligkeitsprüfung“ in einer Ergänzungsvereinbarung fest. Diese gilt analog Abs. 6 zunächst bis zum Ende des Jahres 2008. Kommt darüber hinaus eine Einigung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zu Stande, werden nach dem Zufallsprinzip je Abrechnungsquartal 2 % der im gesamten Prüfungszeitraum tätigen Vertragsärzte ausgewählt. Die Stichprobenziehung soll je Quartal durch die KVBB bis 8 Wochen nach Ende des Prüfungszeitraums mittels eines Software-Zufallsgenerators erfolgen. Die KVBB übermittelt im Wege der elektronischen Datenübertragung eine Liste der Arztnummern und der Betriebsstättennummern der auf diese Weise im jeweiligen Quartal ausgewählten Vertragsärzte an die Prüfungsstelle bis 10 Wochen nach Ende des Prüfungszeitraumes.

- (3) In die Prüfung werden keine Vertragsärzte einbezogen, welche
 - a) innerhalb der letzten 8 Quartale in die Stichprobe einbezogen waren,
 - b) weniger als 4 der Stichprobenziehung vorangegangene Quartale im Bereich der KVBB abgerechnet haben oder
 - c) im Prüfungszeitraum durchschnittlich weniger als 100 Behandlungsfälle (Vertragsärzte außer Psychotherapeuten) bzw.

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 27/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

30 Behandlungsfälle (Psychotherapeuten) pro Quartal abgerechnet haben.

Bei der Zufälligkeitsprüfung ist für den Prüfungsgegenstand der Verordnung von Arzneimitteln die Vorrangigkeit der Richtgrößenprüfung zu beachten.

Mit der Datenlieferung gem. Abschnitt 5 der DTA-Vereinbarung wird der Prüfungsstelle eine Liste mit Arztnummern und Betriebsstättennummern der Vertragsärzte übermittelt, für welche im Prüfungszeitraum eine Prüfung nach § 106a SGB V, gezielt oder wegen der Feststellung von Auffälligkeiten, stattfand.

- (4) Als Prüfungsgegenstände kommen die in § 6 Abs. 2 der Richtlinien „Zufälligkeitsprüfung“ aufgeführten in Betracht.
- (5) Die Prüfungsgegenstände nach Abs. 4 können anhand der in Anlage 2 der Richtlinien „Zufälligkeitsprüfung“ aufgeführten Prüfkriterien in Abhängigkeit von deren Verfügbarkeit ausgewertet werden. Sie dienen unter Berücksichtigung der Versicherten- und Versorgungsstruktur sowie der Arztgruppen in der jeweiligen Region der Konkretisierung der Beurteilungskriterien und enthalten keine Unwirtschaftlichkeitsvermutung.
- (6) Die Vertragspartner geben der Prüfungsstelle gem. § 6 Abs. 4 der Richtlinien „Zufälligkeitsprüfung“ in einer Ergänzungsvereinbarung Anregungen zu Prüfungszielen und Prüfungsempfehlungen zur Ausgestaltung der Zufälligkeitsprüfung. Sofern bis zum 30. November eines Jahres für die Stichprobenziehungen des Folgejahres keine Vereinbarung nach Satz 1 zu Stande kommt, verlängert sich die bestehende Vereinbarung um ein weiteres Jahr, längstens jedoch bis zum Ende des Jahres 2008.

§ 18

Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten

- (1) Die Prüfungsstelle entscheidet auf Antrag der Antragsberechtigten über die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungsweise.

Die KVBB übermittelt der Prüfungsstelle zur Durchführung der Prüfung sowie den Verbänden der Krankenkassen für die Auswahl zur Prüfung die Gesamtzusammenstellung und die Häufigkeits-

1.1. <hr/> 28/49	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
----------------------------	-------------------------	-------------------------------------

statistik auf der Basis der Daten nach § 295 Abs. 2 SGB V je Vertragsarzt.

- (2) In die Prüfung werden alle Behandlungsfälle einbezogen. Unter Berücksichtigung von Satz 1 werden bei der Bildung der Vergleichsgruppen folgende Daten nicht berücksichtigt:
 - Leistungen von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen, ermächtigten Fachwissenschaftlern, Ärzten in fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Ärzten in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und MVZ,
 - Leistungen aus dem ärztlichen Notfalldienst einschließlich der dazugehörigen Behandlungsfälle.
- (3) Der Prüfungszeitraum entspricht dem Abrechnungszeitraum für die ärztlichen Leistungen.
- (4) Für die Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten sind die Vergleichswerte getrennt nach Mitgliedern (M), Familienangehörigen (F) und Rentnern einschließlich ihrer Familienangehörigen (R) zu erheben, wobei zusätzlich eine Gewichtung nach Rentnern vorzunehmen ist. Diese gewichtete Abweichung wird in % ausgewiesen.
- (5) Grundsätzlich richtet sich die Vergleichsgruppe nach dem in der Weiterbildungsordnung des Landes Brandenburg genannten Fachgebiet (Fachgruppe), wobei Internisten entsprechend ihrer Entscheidung nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V - nach Haus- und Fachärzten - getrennt werden.
- (6) Der Gesamtfallwert beinhaltet die Summe aller von einem Vertragsarzt abgerechneten kurativen Leistungen in Punkten für alle Versichertengruppen je Behandlungsfall. Die Durchschnittswerte der Fachgruppen sind aus den einzelnen Gesamtfallwerten der Vertragsärzte einer Fachgruppe entsprechend zu ermitteln. Dabei werden die Behandlungsfälle und Leistungsanforderungen nur der Vertragsärzte berücksichtigt, die in der jeweiligen Leistungsgruppe gem. Anlage 4 mindestens eine Leistung abgerechnet haben.
Die KVBB und die Verbände der Krankenkassen können sich nach Vorliegen der Prüfunterlagen in einem Auswahlgespräch darüber verständigen, bei welchen Vertragsärzten ein gemeinsamer Antrag auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise nach

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 29/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

Durchschnittswerten gestellt wird. Unabhängig davon sind Anträge der einzelnen Vertragspartner möglich. Anerkannte Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen sind, sofern sie in ursächlichem Zusammenhang mit den überdurchschnittlichen Leistungen des Vertragsarztes stehen, bereits im Auswahlverfahren zur Feststellung einer Unwirtschaftlichkeit zu berücksichtigen. Grundsätzlich gelten bei der Berechnung nach arithmetischem Mittel folgende Überschreitungen als Kriterien für die Einbeziehung in das Auswahlverfahren:

1. Leistungsabrechnungen, deren Gesamtfallwert den Gesamtfallwert der Vergleichsgruppe (Fachgruppendurchschnitt) um mehr als 30 % überschreitet,
 2. Leistungsabrechnungen, bei denen in den einzelnen Leistungsgruppen gem. Anlage 4 der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 60 % überschritten wird,
 3. Leistungsabrechnungen, bei denen die Häufigkeit einzelner Leistungen gem. EBM pro Behandlungsfall den Wert der Vergleichsgruppe um mehr als 100 % überschreitet.
- (7) Die Prüfungsstelle hat zu prüfen, ob eine Interventionsberatung gemäß § 11 geeignet ist, um in Zukunft eine wirtschaftliche Behandlungsweise zu sichern. Im Rahmen dieser Beurteilung ist zugunsten des Vertragsarztes zu berücksichtigen, wenn Unwirtschaftlichkeit erstmals nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit festgestellt wird.
- (8) Steht die durchschnittliche sachlich und rechnerisch richtiggestellte Leistung eines Vertragsarztes je Behandlungsfall nach Herausrechnung der anerkannten Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Ersparnisse in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten der entsprechenden Vergleichsgruppe, hat die Prüfungsstelle zunächst den Umfang des unwirtschaftlichen Mehraufwandes zu bestimmen.
Im Rahmen des unwirtschaftlichen Mehraufwandes entscheidet die Prüfungsstelle über die Höhe der Leistungskürzung, welche für den Fall, dass eine Überschreitung (Gesamtfallwert, Leistungsgruppe, einzelne Leistung gem. EBM) oberhalb der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis verbleibt, nicht durch Fallbeispiele begründet werden muss.

1.1.	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
30/49		

- (9) Steht die durchschnittliche Leistungsanforderung eines Vertragsarztes je Behandlungsfall nach Herausrechnung der anerkannten Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Ersparnisse nicht mehr im offensichtlichen Missverhältnis zu den jeweiligen Durchschnittswerten der entsprechenden Vergleichsgruppe, ist durch Prüfung einer genügenden Anzahl von Behandlungsfällen das Vorliegen der unwirtschaftlichen Behandlungsweise nachzuweisen und festzustellen. Nach Bestimmung des unwirtschaftlichen Mehraufwandes ist die im Ermessen der Prüfungsstelle stehende Kürzungsentscheidung näher, auch durch Angabe von Fallbeispielen, zu begründen.
- (10) Die Prüfungsstelle entscheidet über die Leistungskürzungen unter Würdigung aller ihr bekannten Umstände. Es sind insbesondere die Dauer der vertragsärztlichen Tätigkeit, die Häufigkeit und die Dauer der festgestellten Unwirtschaftlichkeit des Vertragsarztes zu berücksichtigen.
- (11) Die Prüfungsgremien informieren die KVBB über fortgesetzte Unwirtschaftlichkeit in der Behandlungsweise eines Vertragsarztes. Die KVBB informiert das entsprechende Prüfungsgremium in geeigneter Weise über die eingeleiteten Maßnahmen.

§ 19 Einzelfallprüfung

- (1) Die Einzelfallprüfung der Behandlungs- und Ordnungsweise eines Vertragsarztes kann beantragt werden, wenn eine Einbeziehung in die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 8 Nr. 1 bis 3 im gleichen Abrechnungszeitraum nicht erfolgen kann und sonstige Auffälligkeiten eine unwirtschaftliche Behandlungs- oder Ordnungsweise vermuten lassen.
- (2) Unabhängig von Abs. 1 können Gegenstand der Einzelfallprüfung auch die Verordnungen für die in Anlage 2 aufgeführten Arzneimittelgruppen sein.
- (3) Der Antrag muss die Prüfungsart und die Gründe, einschließlich der begründenden Statistiken, die zur Aufnahme des Prüfverfahrens führen sollen, bezeichnen.

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 31/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

- (4) Ist bei größerer Fallzahl (in der Regel mehr als 100 Behandlungsfälle) eine Einzelfallprüfung der gesamten Leistungsanforderung / des gesamten Ordnungsverhaltens des Vertragsarztes ohne unverhältnismäßig hohen Arbeits- und Zeitaufwand nicht durchzuführen, kann die Einzelfallprüfung auf eine repräsentative Zahl von Einzelfällen beschränkt werden. Sie wird in diesem Fall anhand einer Stichprobe von Einzelfällen durchgeführt, die 5 % der Gesamtfallzahl, mindestens aber 50 Behandlungsfälle umfasst. Bei der Auswahl sind die statistischen Grundsätze eines einwandfreien Stichprobenverfahrens zu beachten. Erstreckt sich der Prüfantrag nur auf bestimmte ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen, ist die Stichprobe aus den entsprechenden Behandlungsfällen bzw. Ordnungsdaten zu bilden.
- (5) Die Ergebnisse der Einzelfallprüfung sind im Prüfbescheid durch Kennzeichnung der unwirtschaftlichen ärztlichen Leistungen und ihres Gebührenwertes (in Punkten bzw. Kosten in Euro) bzw. der unwirtschaftlich ausgestellten Ordnungen sowie des Grundes der Unwirtschaftlichkeit zu dokumentieren. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage für die Festsetzung einer Honorarkürzung bzw. eines Regresses.
- (6) Von der festgestellten mittleren Schadenssumme der geprüften Behandlungsfälle (\bar{x}) ist ein Abschlag in Höhe des zweifachen mittleren quadratischen Fehlers vorzunehmen, um die Einhaltung der unteren Vertrauensgrenze in Höhe von 95 % zu gewährleisten. Das Ergebnis (x_{neu}) wird auf die Gesamtzahl der Behandlungsfälle (N) hochgerechnet, aus denen die Stichprobe gebildet wurde (Regress = $N \cdot x_{neu}$).

Der mittlere quadratische Fehler (σ_m), ist definiert als Quotient aus der Standardabweichung (σ) und der Quadratwurzel der Anzahl der nach Absatz 4 betrachteten Werte der Stichprobe (n)

$$\sigma_m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Die Einhaltung der unteren Vertrauensgrenze in Höhe von 95 % ist durch

$$x_{neu} = \bar{x} - 2 \sigma_m$$

gewährleistet.

1.1.	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
32/49		

- (7) Durch Hochrechnung ermittelte Kürzungsbeträge bei einzelnen Leistungen sind nur zulässig, wenn es sich um fachgruppentypische Leistungen handelt, die von mehr als 20 % der Vertragsärzte dieser Fachgruppe erbracht werden.

§ 20

Prüfung in besonderen Fällen zur Feststellung eines sonstigen Schadens

- (1) Auf begründeten Antrag der Antragsberechtigten nach § 5 prüft die Prüfungsstelle, ob der Vertragsarzt bei der Überweisung zur Ausführung von Auftragsleistungen sowie bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung, Krankentransport, Krankenfahrt oder bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit im Einzelfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
- (2) Die Prüfungsstelle entscheidet auf begründeten Antrag der Antragsberechtigten nach § 5 im Einzelfall über einen Anspruch auf Schadenersatz wegen schuldhaft fehlerhafter Ausstellung von Bescheinigungen bzw. unzulässiger Verordnung von Arzneimitteln und Heilmitteln, soweit keine rechtswidrige Verordnung gem. § 21 vorliegt, sowie für den Fall, dass andere als die nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zulässigen Mittel verordnet werden.
- (3) Die Prüfungsstelle entscheidet darüber, ob und in welcher Höhe der Krankenkasse durch Verletzung vertraglicher Pflichten des Vertragsarztes ein zu ersetzender Schaden entstanden ist. Lässt sich die Höhe des Schadens nicht eindeutig feststellen, bestimmt die Prüfungsstelle den Schadensumfang nach gewissenhafter Schätzung.
- (4) Die Anträge auf Prüfung können nur innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Abschluss des Quartals gestellt werden, in dem der Verstoß gemäß Absatz 1 oder 2 vermutet wird.
- (5) Die Prüfungsstelle soll von der Festsetzung eines Regresses absehen, wenn der entsprechende Verstoß gem. Absatz 1 oder 2 bei dem betreffenden Vertragsarzt erstmalig Gegenstand eines Prüfverfahrens ist und dieser nach Information darüber schriftlich

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 33/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

bestätigt, die Beanstandung inhaltlich zu akzeptieren und im künftigen Verordnungsverhalten zu berücksichtigen.

- (6) Ein Antrag ist ausgeschlossen, wenn der vermutete Schadensbetrag je Vertragsarzt, Quartal und Antrag 50,00 EUR nicht überschreitet.
- (7) Ansprüche der Versicherten und der Krankenkassen wegen eines Behandlungsfehlers des Vertragsarztes richten sich ausschließlich nach bürgerlichem Recht.

§ 21

Feststellung eines sonstigen Schadens wegen rechtswidriger Verordnung von Leistungen

Die Prüfungsstelle entscheidet auf begründeten Antrag der Antragsberechtigten nach § 5 im Einzelfall und unter Berücksichtigung des Wahltarifes des Versicherten über einen Anspruch auf Schadenersatz wegen Verordnung von Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien gem. § 92 SGB V ausgeschlossen sind. § 20 Abs. 3 bis 6 gelten entsprechend. Bei Verordnungsausschlüssen von Arzneimitteln / Heilmitteln aufgrund gesetzlicher Regelungen oder Arzneimittelrichtlinien / Heilmittelrichtlinien (Negativliste; Lifestyle-Präparate; OTC-Präparate, die nicht in der Ausnahmeliste genannt sind, unter Berücksichtigung der Altersgrenze) gilt die in § 20 Abs. 6 genannte Bagatellgrenze nicht. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass derselbe Sachverhalt nicht gleichzeitig gegenüber der Apotheke / sonstigen Lieferanten retaxiert werden und beim Vertragsarzt zum Regress führen kann.

§ 22

Sachlich-rechnerische Richtigstellung

Stellt die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss im Rahmen ihrer bzw. seiner Tätigkeit fest, dass sachliche - auch gebührenordnungsgemäße - oder rechnerische Fehler vorliegen, oder nicht abrechnungsfähige Leistungen abgerechnet wurden, so ist die Abrechnung an die KVBB zur Überprüfung zurückzugeben. Die KVBB hat hierüber innerhalb von 12 Wochen zu entscheiden und die Prüfungsstelle bzw. den Beschwerdeausschuss unverzüglich über die

1.1. 34/49	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
----------------------	-------------------------	-------------------------------------

Entscheidung zu unterrichten. Das Prüfverfahren ist bis zur Bestandskraft der Entscheidung der KVBB auszusetzen. Nach Abschluss des Prüfverfahrens der Prüfungsstelle bzw. des Beschwerdeausschusses ist die Beantragung von sachlich-rechnerischen Richtigstellungen zum Prüfungsgegenstand nicht mehr möglich.

§ 23 Kostentragung

- (1) Die mit der Tätigkeit des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und seiner Stellvertreter verbundenen Kosten nach § 2 der WiPrüfVO sowie die Kosten der Prüfungsstelle tragen die KVBB und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte.
- (2) Für die Erstellung von Unterlagen, die nach den gesetzlichen Vorschriften des SGB V und dieser Vereinbarung den Verbänden der Krankenkassen und der KVBB aufgegeben sind, werden keine Kosten geltend gemacht.
- (3) Darüber hinausgehende Datenlieferungen, soweit diese für die Prüfverfahren erforderlich sind, werden von den Vertragspartnern zu gleichen Teilen finanziert und der ausfertigenden Stelle entsprechend vergütet.

§ 24 Kostenerstattung im Widerspruchsverfahren

- (1) Über die Kostenerstattung entscheidet der Beschwerdeausschuss auf der Grundlage des § 63 SGB X.
- (2) Die einem Vertragsarzt durch das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss entstandenen Kosten sind diesem in analoger Anwendung des § 63 Abs. 1 SGB X vom Widerspruchsführer zu erstatten, wenn und soweit der Widerspruch zurückgewiesen wurde.
- (3) Der Vertragsarzt hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung, soweit er erforderliche Mitwirkungshandlungen unterlassen hat und ein Widerspruch nur deshalb erfolgreich war, weil er diese Mitwirkungshandlungen erst in dem Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss vorgenommen hat.

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 35/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

§ 25 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2008 in Kraft. Abweichend davon finden die Regelungen in § 3 Abs. 7, § 17 Abs. 2 und 3 und Anlage 3, soweit sich diese auf die Betriebsstättennummer beziehen, erst ab 01.07.2008 Anwendung.
- (2) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31.12.2009, gekündigt werden.
- (3) Mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung tritt die Prüfvereinbarung vom 06.07.2004 außer Kraft.
- (4) Bei Änderungen gesetzlicher oder untergesetzlicher Normen auf Bundes- oder Landesebene wird die Vereinbarung von den Vertragspartnern entsprechend angepasst.

Potsdam, Teltow, Berlin, Cottbus, Hoppegarten, den 08.07.2009

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

AOK Brandenburg - Die
Gesundheitskasse

Verband der Ersatzkassen e.V.
Landesvertretung Brandenburg

IKK Brandenburg und Berlin

BKK - Landesverband Ost
Landesrepräsentanz Berlin-
Brandenburg

Knappschaft -
Verwaltungsstelle Cottbus

LKK Mittel- und Ostdeutschland
handelnd als Landesverband für die
landwirtschaftliche
Krankenversicherung

1.1. <hr/> 36/49	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
----------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Protokollnotizen zur Prüfvereinbarung zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

zu § 1

Diese Vereinbarung findet für Verträge nach § 63, § 73b, § 73c, § 137f oder § 140a SGB V nur Anwendung, sofern die KVBB als Vertragspartner beteiligt ist.

Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich dazu, dass die Gesellschafter der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Brandenburg GbR den Vertragspartnern der o.g. Verträge, für die diese Vereinbarung keine Anwendung findet, die Wirtschaftlichkeitsprüfung unter Zuhilfenahme der Prüfungsstelle ermöglichen sollen. Die Kosten für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Satz 2 werden durch die Partner der jeweiligen Verträge getragen.

zu § 11 Abs. 2

(1) Interventionsberatungen als Maßnahme aufgrund einer Prüfung der Behandlungsweise werden vorrangig durch die KVBB durchgeführt.

Interventionsberatungen als Maßnahme aufgrund einer Prüfung der Verordnungsweise von Arzneimitteln werden vorrangig durch die Verbände der Krankenkassen durchgeführt.

Interventionsberatungen als Maßnahme aufgrund einer Prüfung der Verordnungsweise von Heilmitteln werden vorrangig durch die Prüfungsstelle durchgeführt.

(2) Der Anspruch auf Erstattung von Auslagen sowie Entschädigungen, Kosten und Zeitaufwand der Berater richtet sich in einer Höhe von pauschal 400 € je Beratung gegen die Prüfungsstelle, wenn nicht diese die Beratung selbst durchführt.

zu § 12 Abs. 5 i.V.m. § 16 Abs. 3

Bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen wird der pauschalierte Abzug durch einen gezielten Abzug ersetzt.

Potsdam, Teltow, Berlin, Cottbus, Hoppegarten, den 08.07.2009

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 37/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

AOK Brandenburg - Die
Gesundheitskasse

Verband der Ersatzkassen e.V.
Landesvertretung Brandenburg

IKK Brandenburg und Berlin

BKK - Landesverband Ost
Landesrepräsentanz Berlin-
Brandenburg

Knappschaft -
Verwaltungsstelle Cottbus

LKK Mittel- und Ostdeutschland
handelnd als Landesverband für die
landwirtschaftliche
Krankenversicherung

1.1.	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
38/49		

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel 2010

Arztgruppe	Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel einschließlich Sprechstundenbedarf (Brutto in €)	
	Mitglieder/ Familierversicherte	Rentner
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	38,98	126,49
Anästhesisten	32,43	43,28
Augenärzte	12,29	26,34
Chirurgen	16,80	26,15
Gynäkologen	14,80	28,22
HNO-Ärzte	11,15	6,33
Hautärzte	29,56	30,71
Internisten, hausärztlich	48,70	129,60
Internisten, fachärztlich ohne/sonstiger Schwerpunkt*	84,72	171,85
SP Kardiologie	21,71	34,79
SP Gastro- enterologie	46,23	58,02
SP Pneumologie u. Lungenärzte	97,92	148,76
SP Nephrologie	111,09	223,73
Kinderärzte	28,70	27,93
Nervenärzte / Neurologen	106,42	184,09
Orthopäden	8,92	30,55
Urologen	18,90	30,93

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 39/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

Richtgrößen für Heilmittel 2010

Arztgruppe	Richtgrößen für Heilmittel (Brutto in €)	
	Mitglieder/ Familierversicherte	Rentner
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	6,92	10,29
Chirurgen	16,52	20,69
HNO-Ärzte	4,40	1,74
Internisten, hausärztlich	4,93	8,25
Internisten, fachärztlich ohne/sonstiger Schwerpunkt*	1,57	2,38
SP Kardiologie	2,02	2,20
SP Nephrologie	2,20	3,01
Kinderärzte	10,80	14,53
Nervenärzte/Neurologen	4,21	8,99
Orthopäden	27,95	26,47

*sonstige Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Hämatologie und Onkologie, Rheumatologie, Geriatrie, Infektiologie

1.1.	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
40/49		

Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel 2011

Arztgruppe	Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel einschließlich Sprechstundenbedarf (Brutto in €)	
	Mitglieder/ Familierversicherte	Rentner
Allgemeinmediziner/ Praktische Ärzte	40,04	129,94
Anästhesisten	33,32	44,46
Augenärzte	12,63	27,06
Chirurgen	17,26	26,86
Gynäkologen	15,20	28,99
HNO-Ärzte	11,45	6,50
Hautärzte	30,37	31,55
Internisten, hausärztlich	50,03	133,14
Internisten, fachärztlich ohne/sonstiger Schwerpunkt*	87,03	176,54
SP Kardiologie	22,30	35,74
SP Gastro- enterologie	47,49	59,60
SP Pneumologie u. Lungenärzte	100,59	152,82
SP Nephrologie	114,12	229,84
Kinderärzte	29,48	28,69
Nervenärzte/ Neurologen	109,33	189,12
Orthopäden	9,16	31,38
Urologen	19,42	31,77

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 41/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

Richtgrößen für Heilmittel 2011

Arztgruppe	Richtgrößen für Heilmittel (Brutto in €)	
	Mitglieder/ Familienversicherte	Rentner
Allgemeinmediziner/ Praktische Ärzte	7,50	11,15
Chirurgen	17,90	22,43
HNO-Ärzte	4,77	1,88
Internisten, hausärztlich	5,35	8,94
Internisten, fachärztlich ohne/sonstiger Schwerpunkt*	1,71	2,58
SP Kardiologie	2,19	2,38
SP Nephrologie	2,38	3,26
Kinderärzte	11,70	15,74
Nervenärzte/Neurologen	4,56	9,74
Orthopäden	30,29	28,69

*sonstige Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Hämatologie und Onkologie, Rheumatologie, Geriatrie, Infektiologie

1.1.	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
42/49		

Anlage 2

zur Prüfvereinbarung zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

Praxisbesonderheiten

1. Arzneimittel

Medikamentengruppe	Symbol- Nummer
Immunsuppressiva	99301
Insuline und Blutzuckerteststreifen	99303
Substitution von Plasmafaktoren, ab dem Verordnungsjahr 2010 unter besonderer Beachtung wirtschaftlicher Bezugswege	99304
Therapie mit Virostatika bei HIV	99305
Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga und Zytokine	99306
Antiepileptika bei Verordnung durch Nichtneurologen	99307
Enzymersatztherapie und Arzneimittel bei seltenen Krankheiten (Orphan drugs) mit folgenden Wirkstoffen: Agalsidase alfa, Agalsidase beta, Alglucosidase alfa, Galsulfase, Imiglucerase, Idursulfase, Laronidase, Carglumsäure, Mercaptamin, Miglustat, Natrium-Phenylbutyrat, Nitisinon, 4-Hydroxybuttersäure-Na-Salz	99310
Interferon-/Glatiramer-Therapie bei Multipler Sklerose	99312
Arzneimitteltherapie der Hepatitis B u. C mit dafür zugelassenen Virostatika	99313
Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	99314
Arzneimitteltherapie bei Dialyse- bzw. Prädialysepatienten	99315

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 43/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

Medikamentengruppe	Symbol- Nummer
Substitution Opiatabhängiger nach der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich Rezepturzubereitungen	99316
Wachstumshormone	99317
Sonstige Interferone	99318
Therapie behandlungsbedürftiger Begleiterkrankungen bei HIV-Infektionen	99319
Erythropoetin-/Darbepoetin-Behandlung bei renaler bzw. Chemotherapie-induzierter Anämie	99320
Behandlung schwerer Schmerzzustände mit Opiaten (BTM)	99321
spezifische parenterale Immuntherapie allergischer Erkrankungen mittels Hyposensibilisierung	99322
Einsatz von Diätpräparaten und Krankenkost bei PEG-Sondenträgern entsprechend Pkt. 20.1.i der Arzneimittelrichtlinien	99323
Parenterale Ernährung	99324
Behandlung der chronisch-entzündlichen Polyarthrit/Morbus Crohn mit TNF α Inhibitoren	99325
Diagnose und Therapie mit Gonadotropin Releasing Hormonen	99326
Antiparkinsonmittel bei Verordnung durch Nichtneurologen	99330
Verteporphin für die Photodynamische Therapie im Rahmen der zugelassenen Indikation	99333
Palivizumab zur Prävention von RSV-Erkrankungen im Rahmen der zugelassenen Indikationen	99334

1.1.	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
44/49		

Medikamentengruppe	Symbol- Nummer
leitliniengerechter Einsatz von Arzneimitteln zur medikamentösen Behandlung von eingeschriebenen Versicherten durch teilnehmende Vertragsärzte gem. Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)	99335
leitliniengerechter Einsatz von Arzneimitteln zur medikamentösen Behandlung von eingeschriebenen Versicherten durch teilnehmende Vertragsärzte gem. Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Diabetes mellitus Typ 2	99336
leitliniengerechter Einsatz von Arzneimitteln zur medikamentösen Behandlung von eingeschriebenen Versicherten durch teilnehmende Vertragsärzte gem. Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Asthma bronchiale	99337
leitliniengerechter Einsatz von Arzneimitteln zur medikamentösen Behandlung von eingeschriebenen Versicherten durch teilnehmende Vertragsärzte gem. Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Koronare Herzkrankheit	99338
leitliniengerechter Einsatz von Arzneimitteln zur medikamentösen Behandlung von eingeschriebenen Versicherten durch teilnehmende Vertragsärzte gem. Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Brustkrebs	99339
leitliniengerechter Einsatz von Arzneimitteln zur medikamentösen Behandlung von eingeschriebenen Versicherten durch teilnehmende Vertragsärzte gem. Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Diabetes mellitus Typ 1	99340
Arzneimittel bei pulmonaler Hypertonie im Rahmen der zugelassenen Indikation	99350

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 45/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

2. Heilmitteltherapien zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit

Heilmitteltherapie	Symbol- Nummer
Heilmitteltherapie als Ersatz für Frühförderungen	99371
Physikalische Therapie von Erkrankungen nach Diagnosegruppe EX4	99372
Physikalische Therapie von Erkrankungen nach Diagnosegruppen ZN1 und ZN2	99373
Physikalische Therapie der Mukoviszidose nach Diagnosegruppe AT3	99374
Physikalische Therapie von Erkrankungen nach Diagnosegruppe LY3	99375
Podologische Therapie von Erkrankungen nach Diagnosegruppe DF bei der Behandlung von eingeschriebenen Versicherten durch teilnehmende Vertragsärzte gem. Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2	99376
<u>in den Verordnungsjahren 2008 und 2009:</u> Ergotherapie	99328
<u>ab dem Verordnungsjahr 2010:</u> Ergotherapie von Erkrankungen nach Diagnosegruppen EN1, EN2, EN3, EN4	99328
<u>in den Verordnungsjahren 2008 und 2009:</u> Logopädie	99329
<u>ab dem Verordnungsjahr 2010:</u> Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie von Erkrankungen nach Diagnosegruppe SP5	99329

3. Die Medikamenten- bzw. Heilmittelgruppen gem. den Symbolnummern 99314, 99315, 99316, 99319, 99323, 99324, 99335, 99336, 99337, 99338, 99339, 99340, 99371 und 99376 sind technisch nicht zu bereinigen und somit nicht Bestandteil der Arzneimitteldatei gemäß § 10 Abs. 3 Satz 4.

1.1. 46/49	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
----------------------	-------------------------	-------------------------------------

Anlage 3

zur Prüfvereinbarung zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

Antrag zur Durchführung der Prüfung der Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung auf Rechtmäßigkeit und Plausibilität gem. § 106a SGB V

Antragsteller:

Abrechnungsquartal:

Vertragsarzt:

Arztnummer:

Betriebsstättennummer:

Prüfgegenstand:

beantragte Prüfung:

Beweismittel/

Benennung der Vorschrift, gegen die ein Verstoß vermutet wird:

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 47/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

Anlage 4

zur Prüfvereinbarung zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

Leistungsgruppenübersicht

Die Leistungsgruppen zur Durchführung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise sind wie folgt aufzugliedern:

- Pauschalierte Grundleistungen
- Besuche, Visiten
- Beratungs- und Betreuungsleistungen
- Allgemeine Leistungen
- Mutterschaftsvorsorge
- Früherkennungsuntersuchungen
- Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch
- Sonderleistungen
- Physikalisch-medizinische Leistungen
- Laborpauschalen
- Laboratoriumsuntersuchungen Kosten Kapitel 32
- Strahlenbehandlung, Großgeräte und MRT
- Wegegebühren
- Pauschalerstattungen / Kosten EURO-Beträge.

Bei Änderungen des EBM verständigen sich die Vertragspartner über eine Anpassung.

1.1. <hr/> 48/49	Prüfvereinbarung	Information der KVBB
----------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Anlage 5

zur Prüfvereinbarung zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

Verteilungsmodus für Regresszahlungen

Grundlage für den Verteilungsmodus ist die Anzahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle des jeweiligen Verordnungszeitraumes. Hierbei ist eine Wichtung der Fallanzahl nach M/F und R vorzunehmen. Die Wichtung erfolgt in Analogie zur jeweiligen Richtgröße.

Schritt 1

Feststellung des Faktors der Fälle R, gewichtet anhand der Richtgrößenwerte der Praxis. Sind Richtgrößen nicht bestimmbar, treten ersatzweise die Fallkosten der Praxis an ihre Stelle.

Berechnung:

Richtgröße R dividiert durch Richtgröße M/F ergibt den Faktor

Richtgröße R / Richtgröße M/F = Faktor

Ergebnis:

Faktor

Schritt 2

Ermittlung der gewichteten Gesamtfallzahl

Berechnung:

Anzahl der M/F-Fälle addiert mit den um den Faktor multiplizierten R-Fällen ergibt Gesamtfallzahl gewichtet

Anzahl M/F + (Faktor x Anzahl R) = Gesamtfallzahl gewichtet

Ergebnis

Gesamtfallzahl gewichtet

Information der KVBB	Prüfvereinbarung	1.1. <hr/> 49/49
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------

Schritt 3

Ermittlung des Regressfallwertes

Regresssumme geteilt durch Gesamtfallzahl gewichtet ergibt
Regressfallwert

Regresssumme / Gesamtfallzahl gewichtet = Regressfallwert

Ergebnis:
Regressfallwert in EURO

Schritt 4

Ermittlung des Regressbetrages der einzelnen Krankenkasse

Regressfallwert multipliziert mit Gesamtfallzahl gewichtet der einzelnen
Krankenkasse ergibt Regressbetrag der einzelnen Krankenkasse

Regressfallwert x Gesamtfallzahl gewichtet Krankenkasse =
Regressbetrag Krankenkasse

Ergebnis:
Regressbetrag der einzelnen Krankenkasse in EURO