

PRÜFUNGSVEREINBARUNG

über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit
durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern
nach § 106 SGB V

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
nachstehend als „KVB“ bezeichnet

und

der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

dem BKK Landesverband Bayern,
nachstehend als „Landesverband“ bezeichnet

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als landwirtschaftliche Krankenkasse,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

der Knappschaft, - Regionaldirektion München -,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

der IKK classic,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

und

den Ersatzkassen

BARMER GEK

Techniker Krankenkasse

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Handelskrankenkasse (hkk)

Gemeinsamer Bevollmächtigter der Ersatzkassen
mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek – Landesvertretung Bayern

nachstehend alle als Krankenkassen bezeichnet, soweit keine andere Bezeichnung angegeben ist.

Inhaltsverzeichnis

RUBRUM	1
INHALTSVERZEICHNIS	3
I. PRÜFUNGSSTELLE UND BESCHWERDEAUSSCHUSS	5
§ 1 Grundsätze	5
§ 2 Einrichtungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	6
§ 3 Kosten	8
§ 4 Vorsitzender des Beschwerdeausschusses	8
II. VERFAHREN VOR DER PRÜFUNGSSTELLE UND DEM BESCHWERDEAUSSCHUSS, WIDERSPRUCHSVERFAHREN	9
§ 5 Prüfung von Amts wegen und Antragsverfahren	9
§ 6 Verfahren vor der Prüfungsstelle	10
§ 7 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss	11
§ 8 Widerspruchsverfahren.....	12
§ 9 Bescheiderteilung und –vollzug	13
III. VERFAHREN ZUR PRÜFUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG	14
§ 10 Prüfungsarten und –verfahren	14
§ 11 Prüfmethode n	16
§ 12 Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung)	16
1. PRÜFUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT DER BEHANDLUNGSWEISE	20
§ 13 Durchschnittsprüfung der Behandlungsweise.....	20
§ 14 Einzelfallprüfung der Behandlungsweise	21
2. PRÜFUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT DER VERORDNUNGSWEISE	22
§ 15 Richtgrößenprüfung	22
§ 16 Ersatzverfahren Richtgrößenprüfung.....	24
§ 17 Beratung vor Festsetzung eines Erstattungsbetrags	25
§ 18 Feststellung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten.....	26
§ 19 Wirkstoffprüfung.....	27
§ 20 Durchschnittsprüfung der Verordnungsweise	27
§ 21 Einzelfallprüfung der Verordnungsweise	29
§ 22 Prüfung des Sprechstundenbedarfs nach Einzelposten	29
§ 23 Prüfung in sonstigen Einzelfällen.....	30
3. VERFAHREN IN BESONDEREN FÄLLEN.....	31
§ 24 Prüfung unzulässiger Verordnungen	31
4. VERTEILUNG UND VOLLZUG SOWIE BAGATELLGRENZEN	32
§ 25 Aufteilung und Vollzug	32
§ 26 Mindestgrenzen	33
§ 27 Geringfügigkeitsgrenzen.....	33

IV. SCHLUSSBESTIMMUNGEN	34
§ 28 Salvatorische Klausel	34
§ 29 Inkrafttreten.....	34
§ 30 Kündigung	34
V. PROTOKOLLNOTIZEN	35
P 1a) Protokollnotiz zu § 13(Durchschnittsprüfung Behandlungsweise):.....	35
P 1b) Protokollnotiz zu § 20 (Durchschnittsprüfungen Verordnungsweise):	35
P 2) zu § 5 Abs. 3 Satz 3:	35
P3) zu § 16 UND § 21.....	35
P 4) zu § 24 Abs. 1 Satz 5:	35
P 5) Absichtserklärung zur Wirkstoffprüfung.....	36
P 6) BEATMUNGSPFLICHTIGE PATIENTEN	36
P 7) ZU III., ZIFFER 2, DER PRÜFUNGSVEREINBARUNG „PRÜFUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT DER VERORDNUNGSWEISE“:.....	36
MÜNCHEN, DEN 31.10.2014	37
ANLAGEN	38
ANLAGE 1 – SACHVERSTÄNDIGE.....	38
ANLAGE 2 – LEISTUNGSGRUPPEN.....	39
ANLAGE 3 – PRÜFGRUPPEN UND DURCHSCHNITTSWERTE	40
ANLAGE 4 – GESAMTÜBERSICHT	44
ANLAGE 5 – HÄUFIGKEITSSTATISTIK.....	50
ANLAGE 6 – VERORDNUNGSSTATISTIKEN	55
6a: Arzneikostenstatistik	55
6b: Heilmittelstatistik, KHE.....	59
6c: Häufigkeitsstatistik nach Heilmittelpositionsnummern	64
ANLAGE 7 – RICHTGRÖßENSTATISTIK.....	66
ANLAGE 8 – AUSWAHLLISTEN UND ENTWICKLUNG VERORDNUNGSWERTE	67
8a: Auswahlliste ERGP Arzneimittel.....	67
8b: Auswahlliste ERGP Heilmittel.....	68
8c: Entwicklung Verordnungswerte.....	68
ANLAGE 9 – VERTEILER STATISTIKEN.....	69
ANLAGE 10 – PZN STATISTIK.....	71
ANLAGE 11 – ATC STATISTIK.....	73
ANLAGE 12 – ERWEITERTER EINZELFALLNACHWEIS	75
ANLAGE 13 – WIRKSTOFF- UND INDIKATIONSLISTE	77

I. Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss

§ 1 Grundsätze

- (1) ¹Über die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bei GKV-Versicherten und ihnen gleichgestellten Personen (z.B. Sozialhilfeempfänger nach § 264 SGB V) entscheiden die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nach § 2 unter Beachtung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen. ²Die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung wird durch Beratungen und Prüfungen überwacht. ³Bei KV-übergreifender Berufsausübung richtet sich die Zuständigkeit nach der KV-übergreifenden Berufsausübungs-Richtlinie gem. § 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V.
- (2) ¹Als Vertragsarzt im Sinne dieser Vereinbarung gelten Vertragsärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen (Medizinische Versorgungszentren) sowie sämtliche (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften aus diesen Gruppen (im folgenden Vertragsarzt genannt). ²Als Vertragsarzt im Sinne dieser Vereinbarung gelten nicht Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V sowie Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V. ³Soweit in dieser Vereinbarung der Begriff „ärztlich“ verwendet wird, gilt dieser Begriff entsprechend für vorgenannte Psychotherapeuten.
- (3) ¹Soweit in dieser Prüfungsvereinbarung vom Beschwerdeausschuss die Rede ist, sind damit auch dessen regionale Kammern erfasst. ²Soweit der unparteiische Vorsitzende des Beschwerdeausschusses erwähnt wird, sind darunter auch dessen Stellvertreter zu verstehen.
- (4) ¹Stellen die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss fest, dass ein Vertragsarzt trotz vorausgegangener Maßnahmen nicht erkennen lässt, dass er zur wirtschaftlichen Behandlungs- und/oder Verordnungsweise bereit ist, so haben die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss die KVB und die Krankenkassen sowie die Landesverbände (= Vertragspartner) zu unterrichten.
- (5) ¹Stellen die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss geringfügige Unkorrektheiten in der Abrechnung eines Vertragsarztes fest, berichtigen sie diese im Rahmen ihrer Randkompetenz und teilen sie den Vertragspartnern unverzüglich mit. ²Berichtigen die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss diese Unkorrektheiten nicht, informieren sie die Vertragspartner über die festgestellten

Unkorrektheiten in einem gesondertem Schreiben mit detaillierter Begründung der Falschabrechnung ggf. für jede einzelne Gebührenordnungsnummer. 3Für nicht geringfügige Unkorrektheiten gilt § 10 Abs. 3.

- (6) 1Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss erstellen einmal jährlich im Rahmen ihrer Berichtspflicht an die Aufsichtsbehörde eine Übersicht über die durchgeführten Beratungen und Prüfungen sowie die festgesetzten Maßnahmen. 2Die Vertragspartner erhalten jeweils ein Exemplar des Berichtes.

§ 2 Einrichtungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) 1Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragspartner eine Prüfungsstelle und einen Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern. 2Die Prüfungsstelle ist bei der Arbeitsgemeinschaft Prüfung Ärzte Bayern errichtet worden. 3Näheres regelt die Vereinbarung über die Errichtung der Prüfungsstelle und Bildung des Beschwerdeausschusses Ärzte Bayern in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) 1Für die Prüfungsstelle bestellen die Vertragspartner gemeinsam einen Leiter. 2Der Leiter führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsstelle und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78 a SGB X gerecht wird. Im Übrigen gilt der Vertrag zwischen KVB und Krankenkassen zur Fortsetzung der Arbeitsgemeinschaft Abrechnungsprüfung gem. § 106a Abs. 5 SGB V sowie zur Erweiterung ihrer Aufgaben in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) 1Die Prüfungsstelle entscheidet eigenverantwortlich, ob der Vertragsarzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. 2In Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss wird dieser bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt.
- (4) 1Für den Beschwerdeausschuss werden die Vertreter der Krankenkassen von den Krankenkassen bzw. den Landesverbänden, die Vertreter der Ärzte von der KVB benannt. 2Die Entbindung eines Vertreters von seinem Amt ist jeweils durch die ihn berufende Körperschaft möglich. 3Die Amtszeit der Mitglieder des Beschwerdeausschusses beträgt 2 Jahre.
- (5) 1Der Beschwerdeausschuss berät und entscheidet jeweils in der Besetzung mit je vier Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen sowie einem unparteiischen

Vorsitzenden. ²Um zu gewährleisten, dass der Beschwerdeausschuss neben dem unparteiischen Vorsitzenden über zusätzliche medizinische Fachkunde verfügt, müssen von den von der KVB entsandten Vertretern mindestens zwei Vertreter an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. ³Der Beschwerdeausschuss ist auch beschlussfähig, wenn nach ordnungsgemäßer Ladung mindestens zwei Vertreter auf Seiten der Krankenkassen bzw. der Ärzte und der unparteiische Vorsitzende anwesend sind. ³Überzählige Mitglieder werden durch Los ermittelt, sofern sie nicht freiwillig auf das Stimmrecht verzichten. ⁴Überzählige Mitglieder nehmen an der Abstimmung nicht teil. ⁵Kann eine Sitzung wegen fehlender Beschlussfähigkeit nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden, kann nach erneuter Ladung mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder entschieden werden.

- (6) ¹Der Beschwerdeausschuss beschließt mit Stimmenmehrheit. ²Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden. ³Stimmenthaltung ist nicht zulässig.
- (7) ¹Ein ärztliches Mitglied darf bei der Überprüfung seiner eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit nicht mitwirken. ²Das gleiche gilt für Ärzte, die mit diesem ärztlichen Mitglied in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft oder in einer fachübergreifenden ärztlich geleiteten Einrichtung (Medizinisches Versorgungszentrum) oder in einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind. ³Im übrigen gelten §§ 16 und 17 SGB X.
- (8) ¹Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle und die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sind an Weisungen der Vertragspartner nicht gebunden. ²Allerdings sollen sich die jeweiligen Kammern des Beschwerdeausschusses um eine einheitliche Spruchpraxis bemühen. ³Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle und die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sind verpflichtet, bei personenbezogenen Daten, die ihnen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit in der Prüfungsstelle bzw. im Beschwerdeausschuss zur Kenntnis gelangen, das Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I) zu wahren und die Vorschriften des SGB X über den Schutz der Sozialdaten zu beachten. ⁴Eine Mitteilung über die gefassten Beschlüsse gegenüber den entsendenden Vertragspartnern ist davon ausgenommen. ⁵Die Prüfungsstelle ist verpflichtet, alle erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen im Sinne der Anlage zu § 78a SGB X zur Sicherstellung der Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der übermittelten Daten zu treffen. ⁶Darüber hinaus sorgt die Prüfungsstelle für die datenschutzgerechte Vernichtung der Daten unter Einhaltung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen nach § 304 SGB V.

§ 3 Kosten

- (1) ¹Die Kosten zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der damit verbundenen Aufgaben sowie die Kosten der Prüfungsstelle tragen die Vertragspartner jeweils zur Hälfte. ²Das Nähere regelt der Vertrag zwischen KVB und Krankenkassen zur Fortsetzung der Arbeitsgemeinschaft Abrechnungsprüfung gem. Abschnitt C der Vereinbarung nach § 106a Abs. 5 SGB V sowie zur Erweiterung ihrer Aufgaben.
- (2) ¹Die Vorsitzenden erhalten neben ihren Reisekosten eine Entschädigung, die sich aus einem Grundbetrag und einem sitzungsbezogenen Pauschalbetrag zusammensetzt. ²Mit dieser Entschädigung ist auch die Vor- und Nachbereitung von Sitzungen abgegolten. ³Das Nähere ist in der Vereinbarung zur Entschädigung des unparteiischen Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses Ärzte Bayern und seiner Stellvertreter nach § 106 SGB V in der jeweils geltenden Fassung geregelt.
- (3) Kosten für die Mitglieder des Beschwerdeausschusses und seiner Kammern tragen die entsendenden Körperschaften selbst.
- (4) Für das Erstellen und Übersenden der benötigten Daten werden von den Vertragspartnern keine Kosten geltend gemacht.

§ 4 Vorsitzender des Beschwerdeausschusses

- (1) ¹Für den Beschwerdeausschuss sowie die Kammern benennen die Vertragspartner gemeinsam einen unparteiischen Vorsitzenden. ²Dieser muss Kenntnisse über das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung haben. ³Es sind ausreichend Stellvertreter zu benennen, um eine zeitnahe Entscheidung über die Verfahren zu gewährleisten. ⁴Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. ⁵Für die Abberufung gelten die Bestimmungen des § 3 Abs. 2 WiPrüfVO.
- (2) ¹Der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses vertritt den Beschwerdeausschuss gerichtlich und außergerichtlich. ²Er kann hierbei seine Stellvertreter, einzelne Mitglieder des Beschwerdeausschusses und/oder geeignete Mitarbeiter der Prüfungsstelle hinzuziehen oder bevollmächtigen.

II. Verfahren vor der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss, Widerspruchsverfahren

§ 5 Prüfung von Amts wegen und Antragsverfahren

- (1) 1Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Amts wegen oder auf Antrag.
- (2) 1Eine Prüfung von Amts wegen wird eingeleitet, wenn der Vertragsarzt
 - bei vereinbarten Richtgrößen das Richtgrößenvolumen oder, falls Richtgrößen nicht vereinbart wurden, das aus den fallbezogenen Durchschnittswerten seiner Prüfgruppe gebildete gewichtete Vergleichsvolumen überschreitet bzw. abweichend davon, wenn eine Wirkstoffprüfung gem. § 19 vereinbart worden ist, die Ziele gem. der Wirkstoffvereinbarung nicht erreicht wurden (Auffälligkeitsprüfung) und/oder
 - im Rahmen einer Stichprobenprüfung ermittelt wurde (Zufälligkeitsprüfung - § 11).

2Im Vorfeld von Auffälligkeits- und Zufälligkeitsprüfungen sondieren die Vertragspartner gemeinsam mit dem Ziel, Empfehlungen an die Prüfungsstelle abzugeben. 3§ 2 Abs. 3 Satz 1 bleibt unberührt. 4Das Nähere zur Wirkstoffprüfung wird in der Wirkstoffvereinbarung geregelt.
- (3) 1Die Anträge zu Prüfungen nach §§ 13, 14, 20 bis 24 müssen den betroffenen Vertragsarzt, den Prüfungsgegenstand und das Quartal bezeichnen. 2Der Antrag ist mit den erforderlichen Daten bei der Prüfungsstelle einzureichen. 3Zur Vorbereitung eines Antrages zur Prüfung nach Durchschnittswerten sondieren die Vertragspartner gemeinsam, bei welchen Vertragsärzten Prüfanträge gestellt werden sollten. 4Die in dieser Prüfungsvereinbarung geregelten Antragsfristen gelten nicht für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 5 Abs. 3 der Richtlinien zur Abrechnungsprüfung gem. § 106 a Abs. 6 SGB V.
- (4) Die Prüfungsstelle prüft die als Praxisbesonderheiten nach Anlage 1 der jeweils gültigen Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel zwischen dem GKV Spitzenverband und der KBV gekennzeichneten Verordnungen auf ihre

Plausibilität hin stichprobenhaft und ggf. auf Antrag der Krankenkasse oder der Kassenärztlichen Vereinigung.

- (5) ¹Die Prüfungsstelle bereitet die Auswahllisten (Auflistung aller auffälligen oder zufällig ausgewählten Ärzte bzw. der Zielverfehrer) für die Sondierungen auf und versendet die Listen spätestens 6 Wochen nach Ende der Datenlieferungsfrist gem. § 16 Abs. 1 der Vereinbarung bzw. wenn alle Kassenarten geliefert haben an die Vertragspartner. ²Die Sondierungslisten sind von der Prüfungsstelle insbesondere mit Prüfhistorie, bekannten und erkennbaren Praxisbesonderheiten, Fallzahlen, Kosten, Überschreitung, möglichen kausalen kompensatorischen Einsparungen, sonstigen Besonderheiten und einem Vorschlag versehen, ob eine weitere Prüfung angezeigt ist (begründete Entscheidungsvorschläge). ³Die Vertragspartner fügen nach Erhalt der Sondierungslisten ihrerseits begründete Entscheidungsvorschläge hinzu und versenden spätestens 2 Wochen nach Zugang der Sondierungslisten der Prüfungsstelle bei den Vertragspartnern die vollständigen Sondierungslisten an die Prüfungsstelle. ⁴Die Prüfungsstelle fügt die einzelnen Sondierungslisten der Vertragspartner zusammen und versendet diese mit allen begründeten Entscheidungsvorschlägen unverzüglich an die Vertragspartner. ⁵Die Sondierungssitzung ist von der Prüfungsstelle frühestens 2 Wochen nach Versand der Sondierungslisten mit allen begründeten Entscheidungsvorschlägen, spätestens jedoch nach 4 Wochen zu terminieren. Die Teilnahme der Vertragspartner an der Sondierungssitzung ist nicht verpflichtend.

§ 6 Verfahren vor der Prüfungsstelle

- (1) Das Verfahren vor der Prüfungsstelle ist ausschließlich schriftlich durchzuführen; § 9 Abs. 1 bleibt unberührt.
- (2) ¹Die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt auf der Grundlage der nach den gesetzlichen Vorschriften zur Verfügung zu stellenden Daten. ²Die Prüfungsstelle bereitet die für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlichen Daten auf, regelt den Versand an die Verfahrensbeteiligten, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und entscheidet – unabhängig von den Ergebnissen der Sondierungssitzungen nach § 5 Abs. 3 und 5 - über die Festsetzung von Maßnahmen. ³Die Prüfungsstelle kann hierzu geeignete Sachverständige hinzuziehen.

§ 7 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

- (1) ¹Der Beschwerdeausschuss nimmt seine Funktion in Sitzungen wahr. ²An einer Sitzung nehmen die Ausschussmitglieder, der unparteiische Vorsitzende und der bestellte Protokollführer teil. ³Der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt. ⁴Die Prüfungsstelle kann im Auftrag des Vorsitzenden auch geeignete Sachverständige hinzuziehen. ⁵Die Sitzungen werden vom unparteiischen Vorsitzenden geleitet.
- (2) ¹Zu den Sitzungen sind die Ausschussmitglieder unter Übermittlung der Tagesordnung mit einer Frist von mindestens zwei Wochen einzuladen. ²Die Vertragspartner erhalten, falls Sie Verfahrensbeteiligte sind, je eine Kopie der Tagesordnung.
- (3) ¹Die Prüfungsstelle stimmt mit dem Vorsitzenden die Sitzungstermine und die Tagesordnung der Sitzungen des Beschwerdeausschusses ab. ²Anzahl und Zeitfolge der Sitzungen sind dabei so festzulegen, dass die Verfahren möglichst zeitnah behandelt werden.
- (4) Die Prüfungsstelle bereitet im Auftrag des Vorsitzenden die für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlichen Daten auf und regelt den Versand an die Mitglieder des Beschwerdeausschusses.
- (5) Nimmt ein Mitglied des Beschwerdeausschusses nicht selbst an der Sitzung teil, obliegt es ihm, die Einladung und die Unterlagen unverzüglich an seinen Vertreter weiterzuleiten.
- (6) ¹Der Beschwerdeausschuss entscheidet im schriftlichen Verfahren. ²Auf Antrag eines Verfahrensbeteiligten ist dessen mündliche Anhörung vor dem Beschwerdeausschuss zuzulassen. ³Die Sitzungen sind nicht öffentlich.
- (7) Über jede Sitzung des Beschwerdeausschusses ist eine Niederschrift anzufertigen, die den Anforderungen des § 122 SGG entspricht.

§ 8 Widerspruchsverfahren

- (1) ¹Der betroffene Vertragsarzt, die Vertragspartner und die betroffene(n) Krankenkasse(n) (inkl. der für die Abwicklung des Sprechstundenbedarfs verantwortlichen Krankenkasse) können gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle Widerspruch zum Beschwerdeausschuss erheben. ²Der Widerspruch einer Krankenkasse oder eines Landesverbandes gegen einen Prüfbescheid wirkt für alle am Verfahren beteiligten Krankenkassen bzw. Landesverbände. ³In diesem Fall wirkt die Rücknahme des Widerspruches ebenso für alle am Verfahren beteiligten Krankenkassen bzw. Landesverbände. ⁴Die Sätze 2 und 3 gelten für Verfahren gem. §§ 13, 16 und 20 nicht, wenn nicht die gesamte Behandlungs- oder Verordnungsweise des Arztes in einem bestimmten Zeitraum betroffen ist und mit pauschalen Kürzungen bzw. Erstattungsbeträgen endet.
- (2) Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Prüfbescheides bei der Prüfungsstelle schriftlich oder zur Niederschrift einzureichen.
- (3) Der Widerspruch wird mit den Akten und Unterlagen durch die Prüfungsstelle an den Beschwerdeausschuss weitergeleitet.
- (4) ¹Widersprüche sollen innerhalb eines Monats nach Ablauf der Widerspruchsfrist schriftlich begründet werden. ²Nach Ablauf dieser Frist kann auch ohne Vorliegen einer Begründung über den Widerspruch entschieden werden.
- (5) ¹Widersprüche, Widerspruchsbegründungen, Stellungnahmen, Gutachten von Sachverständigen nach § 7 Abs. 1 Satz 4 und sonstige Anträge sind den anderen Verfahrensbeteiligten durch die Prüfungsstelle zur Kenntnis zu bringen. ²Die Prüfungsstelle kann einen Verfahrensbeteiligten unter Setzung einer angemessenen Frist zur Stellungnahme auffordern. Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.
- (6) Über einen Widerspruch soll innerhalb von 6 Monaten nach Ablauf der Widerspruchsfrist durch den Beschwerdeausschuss entschieden werden.
- (7) ¹Stellt ein Verfahrensbeteiligter vor dem anberaumten Sitzungstermin einen Antrag auf Verlegung der mündlichen Verhandlung vor dem Beschwerdeausschuss, entscheidet hierüber der unparteiische Vorsitzende. ²Die Verfahrensbeteiligten sind von der Entscheidung zu unterrichten. ³Sofern wiederholte Verlegungsanträge im selben Verfahren gestellt werden, entscheidet ab dem zweiten Verlegungsantrag der Beschwerdeausschuss.

- (8) Ein Antrag auf mündliche Anhörung ist schriftlich innerhalb eines Monats nach Ablauf der Widerspruchsfrist bzw. nach Kenntnis eines eingelegten Widerspruchs zu stellen.
- (9) ¹Abweichend von Absatz 1 Satz 1 findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind (§ 24 Abs. 1 bis 3), ein Vorverfahren nach § 78 SGG (Widerspruchsverfahren) nicht statt. ²Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Verfahrensbeteiligten können gegen entsprechende Entscheidungen der Prüfungsstelle direkt Klage zum Sozialgericht erheben.

§ 9 Bescheiderteilung und –vollzug

- (1) ¹Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss erlassen Bescheide, die zu begründen, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung gemäß § 36 SGB X zu versehen und den Verfahrensbeteiligten bekannt zu geben sind. ²Den Vertragsärzten gegenüber erfolgen die Bescheide in Schriftform.
- (2) ¹Die Bescheide der Prüfungsstelle über die Richtgrößenprüfung nach § 15 sind innerhalb von 2 Jahren nach Ende des Prüfzeitraumes bekannt zu geben. ²Die Bescheide des Beschwerdeausschusses sollen spätestens drei Monate nach Beschlussfassung bekannt gegeben werden.
- (3) ¹Sobald Kürzungs- und Erstattungsbetrags-Entscheidungen der Prüfungsstelle bzw. des Beschwerdeausschusses zu vollziehen sind, leitet die Prüfungsstelle Buchungsanweisungen zur Belastung des Vertragsarztkontos an die jeweils zuständige Stelle bei der KVB weiter. ²Die KVB leitet fällige Beträge unverzüglich nach Bestandskraft der Bescheide – im Streitfall spätestens nach Verkündung der erstinstanzlichen Entscheidung durch das Sozialgericht - an die Krankenkassen bzw. die Landesverbände weiter.
- (4) ¹Kann der Vertragsarzt die Rückzahlung nicht ohne Gefährdung der Praxisexistenz leisten, trifft die KVB mit dem Vertragsarzt eine Vereinbarung über Ratenzahlungen. ²Das Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden / Krankenkassen gilt damit als hergestellt. ³Bei Forderungsbeträgen über 50.000,00 € gilt das Einvernehmen der Krankenkassenverbände / Krankenkassen nur als hergestellt, wenn die Forderung besichert ist (Bankbürgschaft, Grundschuld etc.). ⁴Fallen Raten aufgrund Zahlungsunfähigkeit aus, so ist die Rückforderung in Höhe des offenen Betrages aus den Sicherheiten zu bedienen bzw. die Fällig-

keit der gesamten Forderung zu erwirken. ⁵Dies gilt auch, wenn eine Besicherung bei Forderungen unter 50.000,00 € im Einzelfall erfolgt. ⁶Die KVB informiert die Krankenkassenverbände / Krankenkassen vierteljährlich über alle abgeschlossenen Ratenvereinbarungen. ⁷Zinsen aus dem Forderungsbetrag werden nicht geltend gemacht.

III. Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung

§ 10 Prüfungsarten und –verfahren

- (1) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss beurteilen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Prüfung
 1. ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) und ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise bei Heil- und Arzneimittel)
 - 1.1 auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung) unter Berücksichtigung der individuellen Praxisstruktur sowie der Indikation, Effektivität, Angemessenheit und Qualität der Leistungen und/oder
 - 1.2 nach Durchschnittswerten (Auffälligkeitsprüfung) und/oder
 - 1.3 in Einzelfällen
 2. ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise bei Heil- und Arzneimittel)
 - 2.1 bei Überschreitung vereinbarter Richtgrößen bzw. der im Ersatzverfahren nach § 106 Abs. 2 SGB V heranzuziehenden Durchschnittswerte (Auffälligkeitsprüfung)
 - 2.2 bei Nichterreichung von Zielen der Wirkstoffvereinbarung
 3. des Sprechstundenbedarfs
 4. in sonstigen Einzelfällen

5. Im Übrigen sind die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss für die Prüfung des Sonstigen Schadens gem. § 48 Abs. 1 BMV-Ä zuständig.
- (2) ¹Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch den Vertragsarzt nach Abs. 1 Nrn. 1.1, 1.2, 2 und 3 erfolgt anhand der nach Anlage 3 der Prüfvereinbarung zugeordneten Prüfgruppen. ²Die Zuordnung zu den Prüfgruppen richtet sich nach der lebenslangen Arztnummer (LANR) gem. § 3 der Richtlinie der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern. ³Dies gilt auch für in fach- und/oder bereichsübergreifenden (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften bzw. in Medizinischen Versorgungszentren tätige zugelassene und angestellte Ärzte. ⁴Innerhalb dieser (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft bzw. dieses Medizinischen Versorgungszentrums werden die Daten der Leistungserbringer identischer Prüfgruppen aufsummiert. ⁵Im Prüfungsverfahren nach Abs. 1 Nrn. 1.1, 1.2, und 3 ist die gesamte Tätigkeit des Vertragsarztes in allen ihm zugeordneten Prüfgruppen zu berücksichtigen. ⁶Hierbei sind die zum Zeitpunkt des Prüfungsverfahrens vorliegenden Daten über veranlasste Leistungen – ggf. aus Vorquartalen – beizuziehen. ⁷Sie umfassen bei Prüfverfahren nach Abs. 1 Nr. 1.1 auch Angaben über die Häufigkeit der Überweisungen und Krankenhauseinweisungen, über die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit und ggf. über Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b i. V. m. Abs. 1a und Abs. 1b SGB V sowie Angaben über die Häufigkeit und den Umfang sonstiger veranlasster Leistungen, insbesondere aufwändiger medizinisch-technischer Leistungen.
- (3) ¹Ergibt sich im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung die Notwendigkeit einer über § 1 Abs. 5 hinausgehenden rechnerischen oder einer gebührenordnungsmäßigen Richtigstellung bzw. die Notwendigkeit einer Plausibilitätsprüfung, so teilt die Prüfungseinrichtung dies der KVB schriftlich mit. ²Die Prüfungseinrichtungen haben die Falschabrechnung, gegebenenfalls für jede einzelne Gebührenordnungsnummer, detailliert zu begründen. ³Die Prüfungseinrichtungen haben die Möglichkeit, die Verfahren bis zur Entscheidung der KVB nach § 106a SGB V zurück zu stellen. ⁴Die betroffene(n) Krankenkasse(n) oder die betroffenen Landesverbände sind hiervon zu unterrichten.
- (4) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 1 Nrn. 1.2, 2.1 (Ersatzverfahren) bzw. 2.2 findet prüfgruppenspezifisch auf der Grundlage Vergleichswerte baye-rischer Vertragsärzte bzw. von Zielen aus der Wirkstoffvereinbarung statt, soweit in der Wirkstoffvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist.

§ 11 Prüfmethode

1Für Prüfungen nach § 10 Absatz 1 Nrn. 1.1, 1.2, 2.1, 2.2 und 3 bedienen sich die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss statistischer bzw. repräsentativer Prüfmethode, die geeignet sind, unwirtschaftliche ärztliche Leistungen bzw. ärztlich verordnete Leistungen zu verifizieren und zu bewerten. 2Insbesondere können einzeln oder in Kombination zur Anwendung kommen:

1. arithmetischer Fallwertvergleich
2. Vertikalvergleich
3. beispielhafte Einzelfallprüfung
4. repräsentative Einzelfallprüfung
5. Soll-Ist-Vergleich

§ 12 Stichprobenprüfung (Zufälligkeitprüfung)

- (1) 1Die Auswahl der nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V in die Stichprobenprüfung einzubeziehenden Vertragsärzte (mindestens 2 vom Hundert je Quartal) erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Zufallsgenerator). 2Die Vertragspartner gehen davon aus, dass 2 vom Hundert der Vertragsärzte ausreichend sind. 3Diese 2 vom Hundert werden aus der Gesamtzahl aller bayerischen Vertragsärzte ermittelt, wobei die sich daraus ergebende Zahl an Stichproben nur aus den nicht nach Satz 7 ausgeschlossenen Prüfgruppen gezogen wird. 4Die Prüfung erfolgt nach Maßgabe der Richtlinien zur Durchführung der Stichprobenprüfungen (§ 106 Absatz 2 b SGB V) und umfasst sowohl die ärztlichen Leistungen, als auch die ärztlich verordneten Leistungen. 5Die Auswahl erfolgt nach den in Anlage 3 benannten Prüfgruppen, soweit die Prüfungsstelle nicht nach objektiven Kriterien (z. B. Fachgruppe, Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung etc.) die Auswahl auf speziellere Gruppen beschränkt. 6Im Vorfeld von Stichprobenprüfungen sondieren die Vertragspartner gemeinsam mit dem Ziel, Empfehlungen an die Prüfungsstelle abzugeben. 7Die Vertragsparteien vereinbaren, bei folgenden Prüfgruppen auf die Stichprobenziehung zu verzichten:

Prüfgruppe	Gebietsbezeichnung
260	Laborärzte sowie Mikrobiologen und Infektionsepidemiologen
350	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
470	Pathologen und Neuropathologen
500	Ärzte die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind
530	Radiologen
680	Psychologische Psychotherapeuten – Verhaltenstherapie

690	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten – Verhaltenstherapie
700	Psychologische Psychotherapeuten
710	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
740	ärztlich geleitete Einrichtungen
780	Notfalldienstärzte

§Eine Stichprobenprüfung wird ebenfalls nicht durchgeführt bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, deren Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden.

- (2) 1Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern der Prüfungsstelle eine Liste der Vertragsärzte, die in die Prüfung einbezogen werden. 2Für die Stichprobenprüfung erstellen die Vertragspartner für die in die Prüfung einbezogenen Vertragsärzte je Fall einen Datensatz gemäß dem Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern. 3Die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung sollen der Prüfungsstelle auf maschinell verwertbaren Datenträgern die Datensätze nach Satz 2 innerhalb von acht Wochen nach Anforderung durch die Prüfungsstelle übermitteln.
- (3) 1Die nach Absatz 1 ermittelten Vertragsärzte, bei denen aufgrund summarischer Prüfung des Auswahlquartals eine unwirtschaftliche Behandlungs- bzw. Verordnungsweise zu vermuten ist, werden einer eingehenden Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen. 2In diesen Fällen erstreckt sich die Prüfung zusätzlich mindestens auf die drei Quartale, die dem Auswahlquartal unmittelbar vorausgehen. 3Bei den Vertragsärzten, die nach summarischer Prüfung keine Unwirtschaftlichkeit vermuten lassen, wird der Prüfungsstelle von den Teilnehmern am Sondierungsgespräch nach Abs. 1 empfohlen, von einer weitergehenden Prüfung abzusehen.
- (4) In der Regel findet eine erneute Stichprobenprüfung nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Einleitung dieser Prüfung statt.
- (5) 1Für die Prüfung nach § 275 Abs. 1b SGB V werden die Vertragsärzte, bei denen eine Stichprobenprüfung durchgeführt wird, über die Krankenkassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung benannt. 2Stellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Prüfung nach § 275 Abs. 1b SGB V Auffälligkeiten bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit fest, so teilt er dies der jeweiligen Krankenkasse mit, die ggf. einen Prüfantrag stellen kann.

(6) ¹Die Stichprobenprüfung umfasst grundsätzlich alle Bereiche der vertragsärztlichen Tätigkeit des Vertragsarztes. ²Die Prüfung findet Anwendung auf die abgerechneten Leistungen (einschließlich Sachkosten), Überweisungen und Verordnungen von Krankenhausbehandlung, Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie aufwändigen medizinisch-technischen Leistungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. ³Prüfgegenstände sind insbesondere:

- Prüfung der in Gebührenordnungsnummern des EBM abgebildeten sowie der zusätzlich vereinbarten vertragsärztlichen Leistungen
- Prüfung von veranlassten Leistungen, insbesondere von aufwändigen Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten
- Prüfung von Leistungen als Überweisungsempfänger
- Prüfung ärztlicher Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- Prüfung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und Krankenhaus-einweisungen

⁴Die Prüfungsstelle legt innerhalb des Prüfungsgegenstandes mit dem Ziel effektiver Prüfung Prüfkriterien für die in der Stichprobe ausgewählten Vertragsärzte fest.

⁵Beurteilt werden sollen insbesondere:

- Medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation)
- Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität)
- Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben
- Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel

⁶Die Vertragspartner können im Benehmen mit der Prüfungsstelle im Rahmen der Prüfungsvorbereitung auf der Grundlage der übermittelten Daten Anregungen zu Prüfungszielen oder Prüfungsempfehlungen abgeben.

⁷Als Prüfmethode kommen in Betracht:

- Einzelfallprüfung und repräsentative Einzelfallprüfung nach Maßgabe vorher festgelegter Prüfungsgegenstände

- Statistische Durchschnittsprüfung bei Vorliegen von prüfgruppenbezogenen Datenauswertungen und einer ausreichend großen Anzahl an Vertragsärzten
 - Vertikalvergleich, soweit der Prüfungsgegenstand es zulässt
- (7) 1Die Ergebnisse der Stichprobenprüfung können Veranlassung geben, eine Prüfung nach § 106a SGB V durchzuführen. 2Die Prüfungsstelle übermittelt entsprechende Erkenntnisse an die Vertragspartner. 3§ 10 Abs. 3 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.
- (8) 1Ist ein Vertragsarzt innerhalb des Zeitraums der Stichprobenprüfung in ein Prüfverfahren wegen Richtgrößenüberschreitung oder wegen Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten einbezogen, wird die Stichprobenprüfung hinsichtlich dieser Prüfungsgegenstände und für den geprüften Zeitraum ausgeschlossen. 2Entsprechendes gilt für Honorarkürzungen. 3Im Übrigen sind Sachverhalte, die bereits Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach einer anderen Prüfungsmethode oder einer Abrechnungs- oder Qualitätsprüfung gewesen sind, nicht erneut zu prüfen.
- (9) Insbesondere sollen auch Ärzte geprüft werden, deren ärztlich verordnete Leistungen in bestimmten Anwendungsgebieten deutlich von der Fachgruppe abweichen sowie auch verordnete Leistungen von Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind.

1. Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

§ 13 Durchschnittsprüfung der Behandlungsweise

- (1) 1Die Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach gewichteten Durchschnittswerten erfolgt quartalsweise auf der Grundlage der nach den gesetzlichen Vorschriften zur Verfügung gestellten Daten. 2Dabei werden die Abrechnungsergebnisse für alle gesetzlichen Krankenkassen je Vertragsarzt zusammengefasst. 3Auf dieser Grundlage werden die Werte je Prüfgruppe ermittelt. 4Ebenso werden auf dieser Grundlage die Durchschnittswerte des einzelnen Arztes aus Vorquartalen ermittelt. 5Einzelheiten hierzu sind in den Anlagen 2 bis 5 geregelt.
- (2) Die Prüfung findet auf Antrag eines Vertragspartners, einer Krankenkasse oder als Folge einer Stichprobenauswahl von Amts wegen statt.
- (3) 1Ein Antrag auf Prüfung soll innerhalb von fünf Monaten nach Ende des zu prüfenden Leistungsquartals gestellt werden. 2Sollten die für die Prüfung erforderlichen Daten nicht spätestens einen Monat vor Ablauf der Antragsfrist vorliegen, verlängert sich die Antragsfrist um den Zeitraum der Verzögerung.
- (4) 1Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss prüfen vorrangig, ob eine Beratung des Vertragsarztes ausreichend ist, um in Zukunft eine wirtschaftliche Behandlungsweise zu sichern. 2Eine solche Beratung ist als Bestandteil des Prüfbescheides von den Prüfungseinrichtungen schriftlich zu erteilen. 3Als Beratung gilt auch eine Beratung, die vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung durchgeführt wurde.
- (5) Steht die Vergütungsanforderung eines Vertragsarztes je Fall in einer oder mehreren Leistungsgruppen im offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten der Prüfgruppe oder zu den Durchschnittswerten des Vertragsarztes in den Vorquartalen (in der Regel die letzten vier Quartale), so kann die Prüfungseinrichtung nach einer Schätzung kürzen, ohne eine Prüfung nach einzelnen Fällen vorzunehmen.
- (6) Überschreitet die Vergütungsanforderung eines Vertragsarztes je Fall in einzelnen Leistungsgruppen die Durchschnittswerte der Prüfgruppe im Bereich zwischen der allgemeinen statistischen Streubreite und dem offensichtlichen Missverhältnis (Übergangszone), so kann die Prüfungseinrichtung die Vergütungs-

anforderung auch nach einer Schätzung kürzen, wenn die Behandlungsweise des Vertragsarztes anhand einer repräsentativen Anzahl von Fällen überprüft und daraus eine Unwirtschaftlichkeit mit Beispielen nachgewiesen wird.

- (7) ¹Vergütungskürzungen bei einzelnen Leistungen des Bewertungsmaßstabes-Ärzte sind möglich. ²Die Absätze 5 und 6 sind dabei entsprechend anzuwenden.
- (8) ¹Auch wenn die in den Absätzen 5 und 6 genannten Voraussetzungen nicht vorliegen, können die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss eine Kürzung vornehmen, sofern die Überprüfung eine Unwirtschaftlichkeit in einzelnen Fällen ergibt. ²Dabei wird der festgestellte Mehraufwand gekürzt.
- (9) Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit können pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden.

§ 14 Einzelfallprüfung der Behandlungsweise

- (1) Auf Antrag eines der Vertragspartner oder von Amts wegen als Folge einer Stichprobenauswahl prüft die Prüfungsstelle, ob der Vertragsarzt im Einzelfall durch eigene Leistungen oder Auftragsleistungen (Überweisungen) gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
- (2) Der Antrag soll zur Verfahrensbeschleunigung innerhalb von zehn Monaten nach Ablauf des Behandlungsquartals bei der Prüfungsstelle vorliegen.
- (3) ¹Der Antrag ist zu begründen. ²Der Begründung sind alle zur Beurteilung erforderlichen Daten beizufügen.
- (4) Soweit die Prüfungsstelle eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat, setzt sie die Honorarkürzung fest, es sei denn, dass eine gezielte Beratung ausreichend ist.

2. Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise

§ 15 Richtgrößenprüfung

- (1)

1Die Krankenkassen liefern möglichst frühzeitig, spätestens bis zum 31. Oktober des auf den Prüfzeitraum folgenden Kalenderjahres an die Prüfungsstelle für alle Vertragsärzte die Bruttobeträge für verordnete Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 1 SGB V) sowie gesondert für Heilmittel inklusive der jeweilig von den Versicherten geleisteten Zuzahlungsbeträge sowie der Rabatte entsprechend der Richtgrößenvereinbarung. 2Die KVB liefert im selben Zeitraum die dazugehörigen Fallzahlen. 3Die Prüfungsstelle ermittelt das tatsächliche Verordnungsvolumen (brutto) des jeweiligen Vertragsarztes entsprechend § 10 Abs. 2 Sätze 1 bis 4 und stellt dieses dem jeweiligen Richtgrößenvolumen gegenüber. 4Die Verordnungsvolumina (brutto) beinhalten die Kosten für vom Vertragsarzt verordnete Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 1 SGB V) sowie die verordneten Heilmittel jeweils ohne Berücksichtigung der Zuzahlungen und der jeweils gültigen Rabatte (z.B. Apothekenrabatt). 5Die Prüfungsstelle ermittelt aus den nach Satz 2 gelieferten Fallzahlen und den vereinbarten Richtgrößen das Richtgrößenvolumen für den jeweiligen Zeitraum. 6Die Vertragsärzte, deren Verordnungsvolumen das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert überschreitet, werden in einer Auswahlliste festgehalten; § 10 Abs. 2 Sätze 2 bis 4 gelten entsprechend.
- (2)

1Überschreitet ein Vertragsarzt mit seinem Verordnungsvolumen (brutto) eines Kalenderjahres sein für dieses Kalenderjahr festgesetztes Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert, prüfen die Vertragspartner im Rahmen eines Sondierungsgespräches, ob Anhaltspunkte für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten gegeben sind, welche die Überschreitung begründen. 2Gelingen sie gemeinschaftlich zu der Auffassung, dass dies der Fall ist, empfehlen sie der Prüfungsstelle, von einer weiteren Prüfung abzusehen. 3Kosten für verordnete Arznei-, Verband- bzw. Heilmittel, die durch gesetzlich bestimmte oder in Vereinbarungen (§ 84 Abs. 6 SGB V) vorab anerkannte Praxisbesonderheiten bedingt sind, werden vor Einleitung des Prüfverfahrens von den Verordnungskosten abgezogen.
- (3)

1Die Prüfungsstelle legt nach Bewertung der Empfehlungen die Vertragsärzte fest, die einer eingehenden Prüfung zu unterziehen sind. 2Für diese prüft sie anhand der ihr vorliegenden Unterlagen, ob die Überschreitung des Richtgrößenvolumens ganz oder teilweise durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

3Ist die Überschreitung nicht in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet, werden Beratungen mit dem Ziel einer künftig wirtschaftlichen Verordnungsweise durchgeführt, wenn die Prüfungsstelle dies für erforderlich hält. 4Zur Durchführung der Beratungen kann die Prüfungsstelle geeignete Sachverständige hinzuziehen. 5Beträgt die Überschreitung des Richtgrößenvolumens nach Abzug der Praxisbesonderheiten mehr als 25 vom Hundert, hat die Prüfungsstelle einen Erstattungsbetrag festzusetzen.

- (4) 1Zur Durchführung der Prüfung nach Abs. 3 fordert die Prüfungsstelle von allen betroffenen Krankenkassen die für die Prüfung erforderlichen versichertenbezogenen Datensätze an. 2Die Krankenkassen liefern diese zeitnah. 3Im Bedarfsfall sind Images auf Anforderung der Prüfungsstelle zur Verfügung zu stellen.
- (5) Die Aufteilung der Erstattungsbeträge an die Krankenkassen/Kassenarten erfolgt nach § 25 Abs. 1 der Vereinbarung.
- (6) 1Eine bereits durchgeführte Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten (§ 20) schließt eine Richtgrößenprüfung nicht aus. 2Als durchgeführt gilt eine Durchschnittsprüfung, wenn ein entsprechender Bescheid der Prüfungsstelle bekannt gegeben wurde. 3Führen beide Prüfungsverfahren zu Erstattungsansprüchen der Krankenkassen, verringert sich der Erstattungsbetrag im Rahmen der Prüfung nach Richtgrößen um den im Rahmen der Prüfung nach Durchschnittswerten festgesetzten Betrag.
- (7) Es gelten die Bagatellgrenzen der §§ 26 und 27 der Vereinbarung.
- (8) 1Die Prüfungen bei Überschreitungen der Richtgrößenvolumina sind für den Zeitraum eines Kalenderjahres durchzuführen. 2Sie können für den Zeitraum eines Quartals durchgeführt werden, wenn dies die Wirksamkeit der Prüfung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erhöht und hierdurch das Prüfverfahren vereinfacht wird; kann eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt die Richtgrößenprüfung auf Grundlage des Prüfgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben.
- (9) 1Von der Prüfungsstelle wird festgestellt, ob der Vertragsarzt bei seinen Verordnungen im Prüfzeitraum ein oder mehrere Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele gemäß der für den jeweiligen Prüfzeitraum gültigen Arzneimittelvereinbarung (vgl. § 84 SGB V) erreicht hat. 2Ein Ziel gilt als erreicht, wenn der Vertragsarzt im Prüfzeitraum den in der Arzneimittelvereinbarung vorgegebenen Wert erreicht hat und er im Prüfzeitraum in der betreffenden Arzneimittel-

gruppe nicht weniger als 500 DDD verordnen musste. ³Für jedes der erreichten Ziele erhält der Vertragsarzt einen Bonuspunkt, der seine prozentuale Überschreitung des Richtgrößenvolumens bzw. Prüfgruppendurchschnitts um 1,1 Prozentpunkte reduziert. ⁴Vor der Reduzierung ist ein anerkannter Mehrbedarf (insbesondere Praxisbesonderheiten) in Abzug zu bringen.

- (10) Insbesondere sollen auch Ärzte geprüft werden, deren ärztlich verordnete Leistungen in bestimmten Anwendungsgebieten deutlich von der Fachgruppe abweichen sowie auch verordnete Leistungen von Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind.

§ 16 Ersatzverfahren Richtgrößenprüfung

- (1) ¹Sind keine Richtgrößen vereinbart, wird für Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel das Ersatzverfahren nach § 106 Abs. 2 Satz 5 dritter Teilsatz SGB V quartalsbezogen durchgeführt. ²In diesem Fall ist nicht die Überschreitung des Richtgrößenvolumens, sondern des aus den fallbezogenen Durchschnittswerten der jeweiligen Prüfgruppe gebildeten gewichteten Vergleichsvolumens maßgeblich. ³Die entsprechenden Daten sind von den Krankenkassen und der KVB spätestens Ende des 10. Monats nach Quartalsende für Arzneimittel und Heilmittel an die Prüfungsstelle zu liefern.
- (2) Für den Fall, dass die Prüfungseinrichtungen feststellen, dass das Ersatzverfahren für Arzneimittel zu unrechtmäßigen Ergebnissen führt, haben diese von Amts wegen zu prüfen, ob in eine Einzelfallprüfung umgestellt werden muss.
- (3) ¹Im Rahmen der Prüfung der Ordnungsweise von Heilmitteln nach Abs. 1 kann eine ergänzende/repräsentative Einzelfallprüfung durchgeführt werden. ²Für jeden nach Satz 1 zu prüfenden Vertragsarzt sind von jeder Kassenart alle Verordnungen oder Datensätze mit entsprechendem Inhalt zu liefern. ³Die Prüfungsstelle wählt aus den gelieferten Daten je zu prüfenden Vertragsarzt 20 % der Patienten – jedoch mindestens 100 Patienten – die mit Heilmitteln versorgt wurden, aus. ⁴Für den Fall, dass weniger als 100 Patienten mit Heilmitteln versorgt worden sind, führt die Prüfungsstelle eine strenge Einzelfallprüfung durch. ⁵Die Prüfungsstelle legt den Anteil unwirtschaftlicher Verordnungen fest. ⁶Dabei sind für die Berechnungen der Erstattungsbeträge die festgestellten Unwirtschaftlichkeiten im Bescheid konkret zu benennen. ⁷Wird von der Prüfungsstelle ein Erstattungsbetrag festgesetzt, hat der Vertragsarzt den Anteil unwirtschaftlicher Verordnungen zu erstatten. ⁸Zum Zwecke des Vollzugs sich aus § 106

Abs. 5c Satz 3 SGB V ergebender Ansprüche gilt § 9 Abs.3 und 4. ⁹Den besonderen (lokalen) Versorgungsstrukturen, zum Beispiel bei Kur- und Badeärzten oder bei Versorgerpraxen ist angemessene Rechnung zu tragen.

- (4) § 15 ist entsprechend anzuwenden, soweit die Regelungen auf die Ersatzrichtgrößenprüfung anwendbar sind und soweit nichts Abweichendes in den Absätzen 1-3 geregelt ist.

§ 17 Beratung vor Festsetzung eines Erstattungsbetrags

- (1) ¹Überschreitet ein Vertragsarzt, bei dem ein Prüfverfahren nach § 15 oder 16 PV nach Vorabprüfung eingeleitet wurde, nach Abzug von Praxisbesonderheiten erstmalig das Richtgrößenvolumen (im Falle einer Ersatzrichtgrößenprüfung gem. § 16 den Prüfgruppenn Durchschnitt) um mehr als 25 Prozent erfolgt im Bescheid anstelle der Festsetzung eines Erstattungsbetrags die Festsetzung einer individuellen Beratung nach § 106 Abs. 5e Satz 1 SGB V. ²Die Maßnahme der individuellen Beratung nach § 106 Abs. 5e Satz 1 SGB V wird von der Prüfungsstelle vollzogen, findet in einem persönlichen (auf Wunsch des Vertragsarztes auch fernmündlichen) Gespräch statt und soll dem Vertragsarzt zeitnah angeboten werden. ³Lehnt der Vertragsarzt eine Beratung ab, stellt die Prüfungsstelle in einem Feststellungsbescheid fest, dass der Vertragsarzt als beraten im Sinne des § 106 Abs. 5e Satz 1 SGB V gilt. ⁴Als Beratung nach § 17 gelten auch Beratungen nach § 106 Abs. 5e Satz 1 SGB V, die vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung durchgeführt wurden.
- (2) ¹Die Beratung hat zum Ziel, dem Vertragsarzt sowohl Einsparpotentiale als auch Praxisbesonderheiten aufzuzeigen. Sie soll es dem Arzt ermöglichen, sein Ordnungsverhalten so umzustellen, dass künftig Prüfungen in dem Ordnungsbereich, in dem beraten wurde, nicht mehr erforderlich sind. ²Dazu sind die Einsparpotentiale und vorhandene Praxisbesonderheiten detailliert und betragsmäßig darzustellen. ³Dabei ist die gesamte Tätigkeit des Vertragsarztes mit einzubeziehen. ⁴Der Vertragsarzt muss von der Prüfungsstelle im Beratungsgespräch darauf hingewiesen werden, dass er einen Antrag nach § 18 stellen kann. ⁵Im Anschluss an das Beratungsgespräch erlässt die Prüfungsstelle einen schriftlichen Feststellungsbescheid über den Inhalt der Beratung, der auch das Protokoll über das Beratungsgespräch sowie etwaige Feststellungen zu Praxisbesonderheiten zum Inhalt hat. ⁶Der Beratungsbescheid ist spätestens 4 Wochen nach Ende des Beratungsgesprächs dem Vertragsarzt förmlich zuzustellen sowie den übrigen Verfahrensbeteiligten bekannt zu geben.

- (3) ¹Ein Erstattungsbetrag im Sinne des § 106 Abs. 5a Satz 3 SGB V kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach Bestandskraft des Feststellungsbescheids gem. Abs. 2 oder 3 der Prüfungsstelle oder nach Zugang des entsprechenden Bescheids des Beschwerdeausschusses beim Vertragsarzt festgesetzt werden. ²Abweichend von § 8 Abs. 6 hat der Beschwerdeausschuss über den Widerspruch gegen einen Beratungsbescheid innerhalb von 3 Monaten nach Zugang des Widerspruchs bei der Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss zu entscheiden.

§ 18 Feststellung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten

- (1) ¹Im Rahmen der Beratung nach § 17 oder wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung eines Erstattungsbetrags nach § 106 Abs. 5a Satz 3 SGB V droht können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. ²Eine Festsetzung eines Erstattungsbetrags nach § 106 Abs. 5a Satz 3 SGB V droht insbesondere dann, wenn der Vertragsarzt das Richtgrößenvolumen (oder im Falle einer Ersatzrichtgrößenprüfung gem. § 16 den Prüfgruppendurchschnitt) in einem Prüfzeitraum überschritten hat, welchen die Prüfungsstelle unter Beachtung der Ausschlussfrist noch prüfen kann oder wenn die Verordnungskosten nicht unmaßgeblich gestiegen sind. ³Zudem haben die Vertragsärzte ein Feststellungsinteresse, wenn sie darlegen können, dass Praxisbesonderheiten neu hinzugekommen sind oder hinzukommen werden, die die Verordnungskosten künftig erheblich ansteigen lassen. ⁴Die Anträge sind vom Vertragsarzt zu begründen; insbesondere sind die vermuteten Praxisbesonderheiten konkret zu bezeichnen und die entsprechenden Belege, wie Frühinformationen, Listen mit schweren Fällen und Diagnosen sowie sonstige begründenden Unterlagen dem Antrag beizufügen.
- (2) ¹Bejaht die Prüfungsstelle das Feststellungsinteresse, prüft sie die beantragten Praxisbesonderheiten und entscheidet über die Anerkennung in einem Feststellungsbescheid, der unter dem Vorbehalt der Abänderungsmöglichkeit steht. ²Die Praxisbesonderheiten sind detailliert darzustellen und dabei möglichst betragsmäßig genau zu beziffern. ³Die Vorgaben der Vertragspartner zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten sind zu beachten. ⁴Die Feststellung von Praxisbesonderheiten ist in der Regel für einen Zeitraum von bis zu 16 Quartalen zu treffen. ⁵Stellt ein Vertragspartner vor Ablauf der Frist eine wesentliche Änderung der Verhältnisse fest, kann dieser eine Abänderung des Bescheids

für die Zukunft bei der Prüfungsstelle beantragen. ⁶Nach Ablauf dieser Frist bzw. nach Abänderung kann der Vertragsarzt die Feststellung von Praxisbesonderheiten erneut beantragen.

§ 19 Wirkstoffprüfung

- (1) Sofern eine Wirkstoffprüfung nach § 106 Abs. 3b SGB V vereinbart ist, werden die Richtgrößenprüfung sowie das Ersatzverfahren abgelöst.
- (2) Das Nähere zur Wirkstoffprüfung regelt die Wirkstoffvereinbarung.
- (3) Für das Verfahren der Wirkstoffprüfung gilt die Prüfungsvereinbarung, soweit in der Wirkstoffvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist.

§ 20 Durchschnittsprüfung der Verordnungsweise

- (1) ¹Prüfungsgegenstand ist die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise bei der Einzelverordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf. ²Die Prüfung findet auf Antrag eines Vertragspartners, einer Krankenkasse oder von Amts wegen als Folge einer Stichprobenauswahl statt.
- (2) ¹Bei der Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach gewichteten, im Fall des Sprechstundenbedarfs ungewichteten Durchschnittswerten werden die Verordnungsergebnisse je Vertragsarzt für alle dieser Vereinbarung unterliegenden Krankenkassen zusammengefasst. ²Auf dieser Grundlage werden die Werte je Prüfgruppe ermittelt. ³Maßgeblich für den statistischen Vergleich sind die Durchschnittswerte auf Bruttobasis. ⁴Einzelheiten hierzu sind in den Anlagen geregelt.
- (3) ¹Ein Antrag auf Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten soll innerhalb von zehn Monaten nach Ende des Ordnungsquartals bei der Prüfungsstelle vorliegen. ²Der Antrag ist zu begründen.
- (4) ¹Im Rahmen der Prüfung der Verordnungsweise von Heilmitteln nach Abs. 1 kann eine ergänzende Einzelfallprüfung durchgeführt werden. ²Für jeden nach Satz 1 zu prüfenden Vertragsarzt sind von jeder Kassenart alle Verordnungen oder Datensätze mit entsprechendem Inhalt zu liefern. ³Die Prüfungsstelle wählt

aus den gelieferten Daten je zu prüfenden Vertragsarzt 20 % der Patienten – jedoch mindestens 100 Patienten – die mit Heilmitteln versorgt wurden, aus. 4Für den Fall, dass weniger als 100 Patienten mit Heilmitteln versorgt worden sind, führt die Prüfungsstelle eine Einzelfallprüfung nach § 21 durch. 6Die Prüfungsstelle legt den Anteil unwirtschaftlicher Verordnungen fest. 6Dabei sind für die Berechnungen der Erstattungsbeträge die festgestellten Unwirtschaftlichkeiten im Bescheid konkret zu benennen. 7Wird von der Prüfungsstelle ein Erstattungsbetrag festgesetzt, hat der Vertragsarzt den Anteil unwirtschaftlicher Verordnungen zu erstatten. 8§ 9 gilt.

- (5) 1Wird eine Prüfung von Amts wegen durchgeführt, so sind der Prüfungsstelle für den betroffenen Vertragsarzt nach Anforderung von den Krankenkassen und der KVB die für die Prüfung erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. 2Die erforderlichen Daten müssen der Prüfungsstelle rechtzeitig vorliegen.
- (6) 1Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln sowie von Sprechstundenbedarf sind die erforderlichen Rezepte, Images bzw. Datensätze mit entsprechendem Inhalt vorzulegen. 2Dabei sind für eine repräsentative Zahl von Fällen (10 % der Fälle, mindestens jedoch 50, bei weniger als 50 Fällen für alle) die Unterlagen nach Versichertennummern zu sortieren.
- (7) Soweit erforderliche Daten und/oder Verordnungen einzelner Krankenkassen (bei Heilmittelprüfung: Kassenarten) der Prüfungsstelle nicht, nicht rechtzeitig oder nicht im vereinbarten Umfang vorliegen, sind Erstattungsbeträge für diese nicht zu vollziehen.
- (8) 1Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss prüfen vorrangig, ob eine Beratung des Vertragsarztes ausreichend ist, um in Zukunft eine wirtschaftliche Ordnungsweise zu sichern. 2Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten 24 Monate vor dem zu prüfenden Quartal eine Beratung stattgefunden hat. 3Als Beratung gelten auch Beratungen, die vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung durchgeführt wurden. 4Eine Beratung ist als Bestandteil des Prüfbescheides von der Prüfungseinrichtung schriftlich zu erteilen und zu begründen.

§ 21 Einzelfallprüfung der Verordnungsweise

- (1) ¹Auf Antrag eines der Vertragspartner, einer Krankenkasse oder von Amts wegen als Folge einer Stichprobenauswahl prüft die Prüfungsstelle, ob der Vertragsarzt im Einzelfall mit seiner Verordnungsweise gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
- (2) Der Antrag soll zur Verfahrensbeschleunigung innerhalb von zehn Monaten nach Ablauf des Ordnungsquartals bei der Prüfungsstelle vorliegen und kann sich auf bis zu vier unmittelbar zurückliegende Quartale erstrecken.
- (3) Der Antrag ist zu begründen; ihm sind alle zur Beurteilung erforderlichen Daten beizufügen.
- (4) ¹Im Falle festgestellter Unwirtschaftlichkeit hat die Prüfungsstelle vorrangig zu prüfen, ob eine Beratung ausreichend ist. ²Dies gilt nicht, wenn innerhalb der vorangegangenen 24 Monate eine Beratung stattgefunden hat. ³Eine solche Beratung ist als Bestandteil des Prüfbescheides von der Prüfungseinrichtung schriftlich zu erteilen und zu begründen. ⁴Im Übrigen hat die Prüfungsstelle den vom Vertragsarzt zu erstattenden Erstattungsbetrag festzusetzen.
- (5) Gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle können die Verfahrensbeteiligten Widerspruch zum Beschwerdeausschuss erheben.

§ 22 Prüfung des Sprechstundenbedarfs nach Einzelposten

- (1) ¹Auf Antrag eines der Vertragspartner, einer Krankenkasse (inkl. der für die Abwicklung des Sprechstundenbedarfs verantwortlichen Krankenkasse) oder von Amts wegen als Folge einer Stichprobenauswahl prüft die Prüfungsstelle, ob der Vertragsarzt bei Einzelposten gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat. ²Im Sinne der Sprechstundenbedarfsvereinbarung unzulässig verordneter Sprechstundenbedarf (§ 24) ist nicht Prüfgegenstand der Prüfung nach § 22.
- (2) ¹Ein Antrag nach Abs. 1 kann sich rückwirkend auf bis zu vier unmittelbar aufeinander folgende Quartale erstrecken. ²Er soll zur Verfahrensbeschleunigung innerhalb von zehn Monaten nach Ablauf des letzten Ordnungsquartals der Prüfungsstelle vorliegen.

- (3) Der Antrag ist zu begründen; ihm sind alle zur Beurteilung erforderlichen Daten beizufügen.
- (4) ¹Soweit die Prüfungsstelle eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat, setzt sie einen entsprechenden Erstattungsbetrag fest, es sei denn, dass eine gezielte Beratung ausreichend ist.
- (5) Gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle können die Verfahrensbeteiligten Widerspruch zum Beschwerdeausschuss erheben.

§ 23 Prüfung in sonstigen Einzelfällen

- (1) Auf begründeten Antrag eines der Vertragspartner, einer Krankenkasse (z. B. aufgrund einer Begutachtung nach § 275 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b i. V. m. Abs. 1a SGB V) oder von Amts wegen als Folge einer Stichprobenauswahl prüft die Prüfungsstelle, ob der Vertragsarzt im Einzelfall
 - a) bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung
 - b) bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit
 - c) bei der Veranlassung von Auftragsleistungen, insbesondere aufwändiger medizinisch-technischer Leistungen,gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
- (2) ¹Stellt die Prüfungsstelle im Rahmen der Prüfung nach Absatz 1 bzw. nach § 106 Abs. 2 SGB V fest, dass der Vertragsarzt bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat, so teilt sie dies der jeweiligen Krankenkasse mit, die ggf. weitere Maßnahmen veranlasst. ²Hiermit ist die Tätigkeit der Prüfungsstelle beendet.
- (3) ¹Anträge nach Absatz 1 sollen zur Verfahrensbeschleunigung innerhalb einer Frist von zehn Monaten nach Ende des Quartals, in dem der Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vermutet wird, gestellt werden. ²Dem Antrag sind alle zur Beurteilung erforderlichen Daten beizufügen.

3. Verfahren in besonderen Fällen

§ 24 Prüfung unzulässiger Verordnungen

Verfahren bei Anträgen der Krankenkassen wegen nicht verordnungsfähiger Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung unzulässig verordneten Sprechstundenbedarf und off-label-use-Verordnungen

- (1) 1Macht eine Krankenkasse (inkl. der für die Abwicklung des Sprechstundenbedarfs verantwortlichen Krankenkasse) oder ein Landesverband bei der Prüfungsstelle Erstattungsbetragsansprüche gegen einen Vertragsarzt wegen der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln, die von der Verordnung ausgeschlossen sind, oder wegen unzulässig bezogenen Sprechstundenbedarfs geltend, leitet die Prüfungsstelle das Erstattungsbegehren zeitnah nach Prüfung an den Vertragsarzt weiter. 2Erklärt der Vertragsarzt sein Einverständnis hierzu, veranlasst die Prüfungsstelle den Einbehalt des Erstattungsbetrags durch die KVB, die diesen dann an den Antragsteller abführt. 3Ansonsten entscheidet die Prüfungsstelle zeitnah, möglichst innerhalb von sechs Monaten. 4Der Antrag nach Satz 1 soll zur Verfahrensbeschleunigung innerhalb von zehn Monaten nach Abschluss des Ordnungsquartals gestellt werden. 5Für die Antragstellung nach Satz 1 ist der hierfür vereinbarte Vordrucksatz zu verwenden. 6Der Antrag ist zu begründen; ihm sind alle zur Beurteilung erforderlichen Daten beizufügen.
- (2) Ein Erstattungsbegehren wegen unzulässig verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie unzulässig verordneten Sprechstundenbedarfs kann sich rückwirkend auf bis zu vier unmittelbar auf einander folgende Quartale erstrecken.
- (3) 1Die Verfahrensbeteiligten können bei nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung (in der jeweils gültigen Fassung) unzulässig verordneten Sprechstundenbedarf sowie bei off-label-use-Verordnungen gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle Widerspruch zum Beschwerdeausschuss erheben. 2In allen anderen Fällen gilt § 106 Abs. 5 Satz 8 SGB V.

4. Verteilung und Vollzug sowie Bagatellgrenzen

§ 25 Aufteilung und Vollzug

Aufteilung und Vollzug von Erstattungsbeträgen aus der Prüfung der Verordnungsweise

- (1) 1Festgesetzte Erstattungsbeträge aus Prüfverfahren nach den §§ 12, 15, 16, 19 und 20 Prüfungsvereinbarung werden im Verhältnis der Verordnungskosten (netto) der jeweiligen Krankenkassen bzw. Kassenarten zum Verordnungsvolumen des Vertragsarztes verteilt. 2Liegen trotz Anforderung der Prüfungsstelle die Daten einzelner Krankenkassen nicht vor, sind Erstattungsbeträge für diese Kassen nicht zu vollziehen.
- (2) 1Festgesetzte Erstattungsbeträge bis einschließlich 5.000,00 Euro aus Einzelfallprüfungen nach den §§ 12, 21, 22, 23 und 24 Prüfungsvereinbarung werden im jeweiligen Quartal vom Verordnungsvolumen der jeweiligen Krankenkasse abgezogen. 2Die Restüberschreitung wird auf der bereinigten Basis berechnet.
- (3) 1Bestandskräftige Erstattungsbeträge ab 5.000,01 Euro aus Einzelfallprüfungen nach den §§ 12, 21, 22, 23 und 24 Prüfungsvereinbarung werden im jeweiligen Quartal, vom Verordnungsvolumen der jeweiligen Krankenkasse abgezogen. 2Die Restüberschreitung wird auf der bereinigten Basis berechnet.
- (4) 1Erstattungsbeträge wegen Unwirtschaftlichkeit aus Einzelfallprüfungen und solche aus Wirkstoffprüfungen müssen verrechnet werden, wenn sich die Prüfzeiträume und Inhalte ganz oder teilweise decken. 2Auf den Erstattungsbetrag im Rahmen der Richtgrößenprüfung bzw. des Ersatzverfahrens sind darüber hinaus sämtliche weitere im jeweiligen Kalenderjahr festgesetzte Erstattungsbeträge im Bereich Verordnungsweise anzurechnen, soweit in den Absätzen 2 und 3 nichts Abweichendes geregelt ist.

§ 26 Mindestgrenzen

- (1)

1Anträge nach §§ 21, 22 und 24 können nur gestellt werden, wenn der geforderte Erstattungsbetrag pro Vertragsarzt, Krankenkasse und Quartal die im Gesamtvertrag der antragstellenden Krankenkasse mit der KVB vereinbarten Mindestgrenze überschreitet. 2Bei Sprechstundenbedarfsanträgen gilt pro Vertragsarzt und Quartal eine Mindestgrenze in Höhe von 15,00 €. 3Dies gilt nicht, wenn der Antragsteller nachweist, dass der Vertragsarzt auch unter dieser Bagatellgrenze liegende Verordnungen fortgesetzt, d.h. innerhalb der letzten vier Quartale, rezeptiert hat und eine Änderung des Ordnungsverhaltens des Vertragsarztes auf anderem Wege nicht erreichbar scheint.
- (2)

Eine Prüfung nach §§ 15 und 16 soll bei denjenigen Vertragsärzten nicht durchgeführt werden, deren Überschreitungswert einem Betrag von weniger als 500,00 € entspricht.

§ 27 Geringfügigkeitsgrenzen

- (1)

1Erstattungsbeträge werden in Verfahren nach §§ 21, 22 und 24 nur vollzogen, wenn der Erstattungsbetrag pro Vertragsarzt, Krankenkasse und Quartal die im Gesamtvertrag der antragstellenden Krankenkasse mit der KVB vereinbarten Mindestgrenze überschreitet. 2Erstattungsbeträge bei Sprechstundenbedarfsanträgen werden nur vollzogen, wenn der Erstattungsbetrag pro Vertragsarzt und Quartal 15,00 € überschreitet. 3Dies gilt nicht, wenn der Antragsteller nachweist, dass der Vertragsarzt auch unter dieser Bagatellgrenze liegende Verordnungen fortgesetzt, d.h. innerhalb der letzten vier Quartale, rezeptiert hat und eine Änderung des Ordnungsverhaltens des Vertragsarztes auf anderem Wege nicht erreichbar scheint.
- (2)

Erstattungsbeträge und auszugleichende Beträge werden in Verfahren nach §§ 15 und 16 nur vollzogen, wenn die Erstattungsbetragssumme pro Vertragsarzt und Quartal 500,00 € überschreitet.

IV. Schlussbestimmungen

§ 28 Salvatorische Klausel

1Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder nach Vertragsschluss unwirksam werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. 2An die Stelle der unwirksamen Bestimmung soll diejenige wirksame Regelung treten, deren Wirkungen der Zielsetzung möglichst nahe kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen Bestimmung verfolgt haben.

§ 29 Inkrafttreten

1Diese Vereinbarung einschließlich aller Anlagen, die wesentlicher Bestandteil sind, tritt mit Wirkung zum 01.01.2015 in Kraft und ersetzt die bisherige Vereinbarung vom 01.07.2010. 2Sie gilt für die Prüfung der Abrechnungs- und Ordnungsquartale ab I/2015. § 19 gilt bereits für das Ordnungsquartal IV/2014.

§ 30 Kündigung

Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2016, gekündigt werden.

V. Protokollnotizen

P 1a) Protokollnotiz zu § 13(Durchschnittsprüfung Behandlungsweise):

Die Vertragspartner werden zeitnah Gespräche/Verhandlungen über eine Modifikation/Reformierung der Durchschnittsprüfung der Behandlungsweise aufnehmen. Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Anzahl dieser Prüfungen – unter den nicht modifizierten Bedingungen - nicht ohne zureichende Gründe ausgeweitet werden soll.

P 1b) Protokollnotiz zu § 20 (Durchschnittsprüfungen Verordnungsweise):

Die Durchschnittsprüfungen nach § 20 werden aufgrund der im Koalitionsvertrag angekündigten Änderungen im SGB V bis zu deren Inkrafttreten ausgesetzt. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Durchschnittsprüfung vor einer Fortführung, insbesondere hinsichtlich der Berücksichtigung der Versorgungstiefe und der Neustrukturierung der Aufgreifkriterien, sachgerecht angepasst werden soll.

P 2) zu § 5 Abs. 3 Satz 3:

1Die Vertragspartner sind sich einig, dass zur qualifizierten Vorbereitung die Übersendung der erforderlichen Daten möglichst frühzeitig notwendig ist. 2Um Vertagungen und damit unnötige Kosten zu vermeiden, werden die Vertragspartner auf eine frühzeitige Vorlage der erforderlichen Daten hinwirken.

P3) zu § 16 und § 21

In Umsetzung des Prüfungsberichtes zur Prüfungsstelle Ärzte Bayern 2012/2013 des Landesprüfungsamts findet die Ersatzrichtgrößenprüfung im Heilmittelbereich nur für die Verordnungen der physikalisch-medizinischen Leistungen statt. Die Prüfung der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Bewegungstherapie findet gem. § 21 statt.

P 4) zu § 24 Abs. 1 Satz 5:

Die Vertragspartner sind sich einig, den vereinbarten Vordrucksatz möglichst zeitnah durch die Lieferung vereinbarter Datensätze weitgehend zu ersetzen.

P 5) Absichtserklärung zur Wirkstoffprüfung

Die Vertragspartner werden rechtzeitig die erforderlichen statistischen Unterlagen zur Wirkstoffprüfung erarbeiten und über deren Verteilung entscheiden.

P 6) Beatmungspflichtige Patienten

Beatmungspflichtige Patienten sind im Vorfeld einer Prüfung im Rahmen von Sondierungsgesprächen als Praxisbesonderheiten angemessen zu berücksichtigen.

P 7) zu III., Ziffer 2, der Prüfungsvereinbarung „Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise“:

Die Vertragspartner sind sich zur Komplexleistung Frühförderung (gemäß Rahmenvertrag IFS) am 10.07.2014 wie folgt einig geworden:

Bei der Indikationsstellung zur Verordnung von medizinisch-therapeutischen Leistungen der Interdisziplinären Frühförderung (IFF) in mobiler Form sind Gründe, die den medizinischen Behandlungserfolg gefährden, zu berücksichtigen. Organisatorische Gründe aus der Sphäre der Frühförderstelle dürfen nicht zur Begründung einer mobilen Verordnung herangezogen werden.

P8) zu Anlage 12b (erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel)

Die Vertragspartner werden die Anlage 12b bis 31.03.2015 erstellen.

München, den 31.10.2014

<p>Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Körperschaft des öffentlichen Rechts –</p>	<p>AOK Bayern – Die Gesundheitskasse Körperschaft des öffentlichen Rechts –</p>
	<p>BKK Landesverband Bayern Körperschaft des öffentlichen Rechts –</p> <p>IKK classic Körperschaft des öffentlichen Rechts –</p>
	<p>Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse</p>
	<p>Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Bayern Der Leiter der Landesvertretung</p>
	<p>Knappschaft Regionaldirektion München –</p>

Anlagen

Anlage 1 – Sachverständige

zur Prüfungsvereinbarung

Hinzuziehung eines Sachverständigen durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss

¹Durch Entscheidung des Leiters der Prüfungsstelle bzw. des unparteiischen Vorsitzenden und/oder durch Beschluss des Beschwerdeausschusses kann ein ärztlicher Sachverständiger hinzugezogen werden.

²Zur Prüfung der Ordnungsweise kann auch ein Sachverständiger aus dem pharmakologischen oder pharmazeutischen Bereich hinzugezogen werden.

³Der hinzugezogene Sachverständige ist nicht Mitglied des Beschwerdeausschusses.

⁴Er hat sich in der Sache nur zu dem ihm erteilten Auftrag zu äußern.

Anlage 2 – Leistungsgruppen

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

Einteilung der Leistungsgruppen

(§ 13 Abs. 1 PV)

Zur Durchführung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise werden die Leistungspositionen zu folgenden Leistungsgruppen (LG) zusammengefasst:

LSTGR 01	GRUNDLEISTUNGEN
LSTGR 02	BESUCHE/VISITEN
LSTGR 03	BERATUNGS- UND BETREUUNGSGRUNDLEISTUNGEN
LSTGR 04	ALLGEMEINE LEISTUNGEN
LSTGR 05	MUTTERSCHAFTSVORSORGE
LSTGR 06	FRÜHERKENNUNG
LSTGR 07	SONSTIGE HILFEN
LSTGR 08	SONDERLEISTUNGEN
LSTGR 09	PHYS.-MED. LEISTUNGEN
LSTGR 10	GESAMT BASIS-LABOR
LSTGR 10/_	LABOR/WIRTSCHAFTLICHKEITSBONUS UNABGESTAFFELT
LSTGR 10/1	BASIS-LABOR MIT AUSNAHMEINDIKATION
LSTGR 10/2	BASIS-LABOR OHNE AUSNAHMEINDIKATION
LSTGR 11	GESAMT SPEZIAL-LABOR
LSTGR 11/1	SPEZIAL-LABOR MIT AUSNAHMEINDIKATION
LSTGR 11/2	SPEZIAL-LABOR OHNE AUSNAHMEINDIKATION
LSTGR 12	BILDGEBENDE VERFAHREN
LSTGR 13	OPERATIONEN/ANÄSTHESIEN/ÜBERWACHUNGSLEISTUNGEN
LSTGR 14	KOSTEN/PAUSCHALERSTATTUNGEN
LSTGR 15	IMPFUNGEN (falls vertraglich vereinbart)
LSTGR 16	DMP-LEISTUNGEN

Anlage 3 – Prüfgruppen und Durchschnittswerte

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfgruppeneinteilung und Bildung der Durchschnittswerte

1. Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit werden folgende Gruppen gebildet:

Prüfgruppen	Gebietsbezeichnung:
010	Anästhesisten
040	Augenärzte
070	Chirurgen
100	Frauenärzte
130	HNO-Ärzte
160	Hautärzte
190	Internisten
230	Kinder- und Jugendärzte
260	Laborärzte sowie Mikrobiologen und Infektionsepidemiologen
290	Lungenärzte
350	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
381	Nervenärzte
386	Neurologen
387	Psychiater
389	Kinder- und Jugendpsychiater
410	Neurochirurgen
440	Orthopäden
470	Pathologen
00	Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind
530	Radiologen
560	Urologen
590	Nuklearmediziner
630	Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
680	Psychologische Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie
690	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie
700	Psychologische Psychotherapeuten
710	Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten

760	Dialyse-Einrichtungen
800	Allgemeinärzte und Praktische Ärzte

²Für hausärztlich tätige Ärzte (gekennzeichnet mit /1), fachärztlich tätige Ärzte (gekennzeichnet mit /2) und ermächtigte Ärzte (gekennzeichnet mit /4) werden je Gebietsbezeichnung eigene Prüfgruppen gebildet.

³Folgende Gruppen werden zwar in den Auswahllisten (Anlage 8) ausgewiesen, jedoch werden keine (weiteren) statistischen Unterlagen erstellt:

260	Laborärzte sowie Mikrobiologen und Infektionsepidemiologen
350	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
470	Pathologen und Neuropathologen
500	Ärzte die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind
530	Radiologen
680	Psychologische Psychotherapeuten – Verhaltenstherapie
690	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten – Verhaltenstherapie
700	Psychologische Psychotherapeuten
710	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
740	ärztlich geleitete Einrichtungen
780	Notfalldienstärzte

⁴Für die Wirkstoffprüfung gelten die in der Wirkstoffvereinbarung festgelegten Prüfgruppen.

2. Nachtragsabrechnungen werden in dieselbe Prüfgruppe wie die Hauptabrechnung des Behandlungsquartals eingestuft, mit der die Nachtragsfälle eingereicht werden.
3. Bei Berufsausübungsgemeinschaften bzw. Medizinischen Versorgungszentren werden die Abrechnungs- und Verordnungswerte der fach- bzw. bereichsgleichen Ärzte und Psychotherapeuten gemäß der entsprechenden Prüfgruppe zusammengefasst.
4. Die Vergleichswerte für die Prüfung nach Prüfgruppen werden je Quartal aus den Abrechnungswerten aller bayerischen Vertragsärzte errechnet.

5. 1Die Vergleichswerte nach Prüfgruppen werden auf Landesebene je Abrechnungsquartal aus der Summe der Werte der von Vertragsärzten abgerechneten Fälle aller gesetzlichen Krankenkassen gebildet. 2Nachträglich abgerechnete Fälle beeinflussen die Bildung der Durchschnittswerte der Prüfgruppe bei der Prüfung der Behandlungsweise für das Behandlungsquartal und für das Abrechnungsquartal nicht. 3Für Nachtragsfälle gelten als Vergleichswerte die Werte des Behandlungsquartals.
6. 1Beim Vergleich der Abrechnungswerte mit den Werten der Prüfgruppe ist eine gewichtete Abweichung zu errechnen. 2Die gewichtete Abweichung ist die Differenz zwischen der tatsächlichen Abrechnungssumme der einzelnen Ärzte (prüfgruppenbezogen aggregiert) und der Abrechnungssumme, die sich ergibt, wenn die Fallzahlen dieser Ärzte getrennt nach Versichertengruppen (M/F/R), mit dem durchschnittlichen Aufwand der Prüfgruppe je Versichertengruppe multipliziert und diese Ergebnisse addiert werden (SOLL=100 %). 3Die gewichtete Abweichung wird in vom Hundert ausgewiesen. 4Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise ist die „gewichtete Abweichung“ zugrunde zu legen. 5Dies gilt bei der Berechnung der Verordnungswerte analog. 6Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise ist die „gewichtete Abweichung“ zugrunde zu legen. 7Für den Sprechstundenbedarf kann keine gewichtete Abweichung berechnet werden.
7. 1Die Vergleichswerte für die Prüfung der Verordnungsweise nach Prüfgruppen werden je Quartal aus den Verordnungskostenwerten der bayerischen Vertragsärzte für Fälle der gesetzlichen Krankenkassen errechnet. 2Nachträge werden, soweit zum Zeitpunkt der Erstellung der Statistiken vorhanden, bei der Prüfung der Verordnungsweise für das Behandlungsquartal bei der Bildung der Durchschnittswerte berücksichtigt.
8. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Arzneiverordnungsweise sind die Durchschnittswerte für die Verordnung von Sprechstundenbedarf und für die übrigen Arzneimittel getrennt zu ermitteln und getrennt zu vergleichen.
9. 1Bei der Prüfgruppe 740 (Ärztlich geleitete Einrichtungen) ist zu beachten, dass gemäß § 113 Abs. 4 SGB V die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118) und sozialpädiatrische Zentren (§ 119) von den Krankenkassen geprüft werden. 2Für die Prüfung der poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen und der sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen (z.B. ermächtigte Kliniken

oder Institute) sind die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern und dessen regionale Kammern zuständig.

Protokollnotizen:

1. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass sich die Prüfung der Hochschulambulanzen/Polikliniken/Ermächtigte Kliniken oder Institute auf die Verfahren nach §§ 21, 22 und 24 dieser Vereinbarung beschränkt, da die Vergütung für diese Einrichtungen i.d.R. pauschaliert erfolgt und sich prüfgruppenbezogene Verordnungsdurchschnitte nicht ermitteln lassen.
2. Die Einteilung der Anlage 3 ist vorläufig und wird zeitnah, insbesondere bei den Hausärzten, optimiert.

Anlage 4 – Gesamtübersicht

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

Gesamtübersicht

In der Gesamtübersicht werden die Abrechnungsdaten für Versicherte der GKV erfasst.

Kopf der Statistik:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, PG (numerisch und im Klartext), BSNR, Quartal, Kassenart, Behandlungsart, Praxisanschrift, Erstelldatum, Seitenzahl (x von x).

Deckblatt:

Das Deckblatt der Prüfstatistik enthält die LANR und Namen der in der entsprechenden Prüfgruppe der BSNR tätigen Ärzte.

1. Allgemein

Die Gesamtübersicht beinhaltet den Leistungsbedarf eines Vertragsarztes aufgeteilt nach den ihm zugeordneten Prüfgruppen getrennt nach ambulanter und stationärer Behandlungsart und innerhalb dieser getrennt nach den verschiedenen Leistungsgruppen. Dabei wird je Leistungsgruppe ein Vergleich zu den Durchschnittswerten der entsprechenden Prüfgruppe vorgenommen.

Auf Seite 2 werden die Gesamtfallzahlen je Vertragsarzt und ggf. zusätzlich je Einzelarzt gedruckt. Die Arztfallzahlen werden getrennt nach den 3 Versichertengruppen Mitglieder, Familienversicherte und Rentner einschließlich Familienversicherte sowie die Summen der Versichertengruppen ausgewiesen.

Ferner werden Durchschnittsfallzahlen der dem Vertragsarzt zugeordneten Prüfgruppe je Vertragsarzt und ggf. je Einzelarzt ausgewiesen. Ebenso werden die Abweichungen der einzelnen Praxis in Prozent gegenüber seiner Prüfgruppe ausgewiesen.

Im rechten Block erfolgt der Ausdruck der Fallzahlen der Prävention und der Sonstigen Hilfen, ebenfalls getrennt in die drei Versichertengruppen und insgesamt.

Den Werten des Vertragsarztes folgen jeweils die durchschnittlichen Werte der Prüfgruppe.

Es bestehen folgende Grundsätze der Fallzählung:

- a. Kurative Fälle generieren sich aus den LG 1 bis 4 und 8 bis 13
- b. Mutterschaftsvorsorgefälle generieren sich aus der LG 5
- c. Früherkennungsfälle generieren sich aus der LG 6
- d. Sonstige Hilfenfälle generieren sich aus der LG 7
- e. Impffälle generieren sich aus der LG 15

Aus allen übrigen LG generiert sich keine Fallzählung.

2. Datenstand

Im Listenkopf ist ein Textfeld vorzusehen aus dem der Bearbeitungsstand der ausgewerteten Daten ersichtlich ist.

3. 5-Praxen-Regel

Bei Prüfgruppen aus weniger als 5 Fachärzten sind die Vergleichswerte in den Statistiken aus Datenschutzgründen auszublenden.

4. Reihenfolge der Darstellung der Leistungsgruppen in der Gesamtübersicht

Die Leistungsgruppen sind in folgender Reihenfolge mit folgender Bezeichnung darzustellen:

LG 01	Grundleistungen
LG 02	Besuche/Visiten
LG 03	Ber. u. Betr. Grundleistungen
LG 04	Allgemeine Leistungen
LG 08	Sonderleistungen
LG 09	Phys.-med. Leistungen
LG 12	Bildgebende Verfahren u.ä.
LG 13	OP-/Narkose-/Überwach.-L.

- 3) Bei der Ermittlung der prozentualen Abweichung werden die arztbezogenen Fallzahlen der Praxis und der Prüfgruppe zu Grunde gelegt.
- 4) Werte ohne Leistungsbedarf für Laborleistungen

5. Gesamtübersicht je Vertragsarzt

Der Ausdruck erstreckt sich auf zwei Seiten.

a) Inhalt der Seite 1:

Die Inhalte der Kopfzeilen werden mit jeweils aktuellem Stand protokollarisch festgehalten:

Im weiteren Ausdruck werden die Leistungsgruppen wie folgt ausgewiesen:

- Spalte 1: Die Leistungsgruppe mit der entsprechenden Kurzbezeichnung ist schon auf dem Formular eingedruckt.
- Spalte 2: Leistungsbedarf der Versichertengruppe 'Mitglieder'
- Spalte 3: Leistungsbedarf der Versichertengruppe 'Familienversicherte'
- Spalte 4: Leistungsbedarf der Versichertengruppe 'Rentner einschließlich Familienversicherte'
- Spalte 5: Leistungsbedarf der drei Versichertengruppen, d. h., die Summe der Spalten 2 bis 4
- Spalte 6: Durchschnittlicher Leistungsbedarf der Praxis bei dieser Leistungsgruppe;
Rechengang: Leistungsbedarf (Spalte 5), geteilt durch Anzahl der Fälle der Leistungsart (siehe Blatt 2 der Gesamtübersicht)
- Spalte 7: Durchschnittlicher Leistungsbedarf der Prüfgruppe bei der entsprechenden Leistungsart
- Spalte 8: Durchschnittlicher gewichteter Leistungsbedarf der Prüfgruppe. Der gewichtete Prüfgruppenwert berücksichtigt die unterschiedlichen Versichertengruppenanteile (M/F/R) beim jeweiligen Vertragsarzt im Vergleich zum Durchschnitt der Prüfgruppe. Um diesen Wert zu erhalten, werden die jeweiligen Versichertengruppen- Durchschnittswerte der Prüfgruppe mit den entsprechenden M-F-R-Fallzahlen des Vertragsarztes multipliziert und durch deren Gesamtfallzahl dividiert (= gewichtet).

Spalte 9: Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Prüfgruppe in €.

Spalte 10: Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Prüfgruppe in Prozent.

Ergibt sich in der Spalte 10 eine Abweichung von mehr als +9.999,9 %, werden in der jeweiligen Spalte anstelle des Prozentwertes Platzhalter ('*****') eingedruckt.

Spalte 11: Bemerkung

Die kurativen Leistungsgruppen werden in einer Summenzeile zusammengefasst.

Des weiteren wird die Summe der Leistungsarten „Kurativ“ incl. „Sonstige Hilfe“ sowie „Kurativ“ incl. „Sonstige Hilfe“ und „incl. Wirtschaftlichkeitsbonus Labor unabgestaffelt“ in einer Zeile ausgegeben. Bei der Berechnung der Falldurchschnitte werden hier die kurativen Fälle und die reinen Fälle der Sonstigen Hilfen berücksichtigt.

b) Inhalt der Seite 2:

Die Kopfzeilen entsprechen Seite 1.

Im linken Bereich der Statistik erfolgt der Ausdruck der kurativen Fallzahlen getrennt nach den drei Versichertengruppen Mitglieder, Familienversicherte und Rentner, sowie die jeweilige Gesamtsumme.

Die Gesamtfallzahl des Vertragsarztes ist in folgende Fallzahlen aufgegliedert:

- Originalfälle
- Überweisungsfälle:
 - Zielaufträge
 - Laboraufträge
 - Überweisungsfälle zur konsiliarärztlichen Untersuchung
 - Überweisungsfälle zur Mitbehandlung, Weiterbehandlung oder aus sonstigen Gründen
- Vertreterfälle
- Notfälle

Die Gesamtfallzahlen werden je Vertragsarzt entsprechend § 9 Abs. 2 Sätze 1 bis 4 und ggf. Einzelarzt pro Praxis ausgewiesen. Es folgen Durchschnittsfallzahlen der Prüfgruppe je Vertragsarzt und bei mehreren Ärzten je Einzelarzt.

In der Folgezeile wird die Abweichung der Fallzahl des einzelnen Vertragsarztes gegenüber seiner Prüfgruppe in Prozent dargestellt. In der folgenden Zeile erfolgt der Ausdruck des prozentualen Anteils der drei Versichertengruppen an der Gesamtfallzahl der Praxis.

Unterhalb werden die entsprechenden Versichertengruppenanteile der jeweiligen Prüfgruppe sowie die prozentuale Abweichung des Vertragsarztes gegenüber seiner Prüfgruppe ausgewiesen.

Im rechten Teil erfolgt der Ausdruck der Fallzahlen der Prävention und der Sonstigen Hilfen, ebenfalls getrennt in die drei Versichertengruppen und Gesamt.

Die Fallzahlen sind wie folgt gegliedert:

- Fälle der Mutterschaftsvorsorge
- Fälle der Früherkennung
- Fälle der Sonstigen Hilfe
- Impfungen (nur falls vertraglich geregelt)

Die Werte der Praxis werden getrennt nach reinen Fällen und darunter gesamt, die durchschnittlichen Werte der Prüfgruppe, danach folgend nur gesamt dargestellt.

In einem eigenen Block wird die Summe der Fälle aus ambulant-kurativen Fällen und den reinen Fällen aus Prävention und Sonstigen Hilfen dargestellt.

Anlage 5 – Häufigkeitsstatistik

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

Häufigkeitsstatistik

In der Häufigkeitsstatistik werden die Abrechnungsdaten für Versicherte der GKV erfasst.

Deckblatt:

Das Deckblatt der Prüfstatistik enthält die LANR und Namen der in der entsprechenden Prüfgruppe der BSNR tätigen Ärzte.

1. Allgemeines

Die Häufigkeitsstatistik beinhaltet alle abgerechneten GO-Nrn. eines Vertragsarztes entsprechend § 9 Abs. 2 Sätze 1-4, getrennt nach den verschiedenen Leistungsgruppen. Dabei wird je GO-Nr. ein Vergleich zu den Durchschnittswerten der entsprechenden Prüfgruppe vorgenommen, soweit der Vertragsarzt die jeweilige GO-Nr. angesetzt hat.

Die Vergleichswerte für die Prüfung werden nach Prüfgruppen je Quartal aus den Abrechnungswerten aller dazugehörigen bayerischen Vertragsärzte errechnet.

Die Daten werden getrennt nach ambulant und stationär ausgewiesen. Die Nachträge werden pro Quartal analog verarbeitet.

Hinweis: Die Einteilung der Leistungs-/Untergruppen kann von der Einteilung der Abrechnung abweichen (z.B. Labor).

2. 5-Praxen-Regel

Bei Prüfgruppen mit weniger als 5 Vertragsärzten sind die Vergleichswerte in den Statistiken aus Datenschutzgründen auszublenden.

3. Kopfzeilen

Die Inhalte der Kopfzeilen werden mit jeweils aktuellem Stand protokollarisch festgehalten:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, PG (numerisch und im Klartext), BSNR, Quartal, Kassenart, Behandlungsart, Praxisanschrift, Erstelldatum, Seitenzahl (x von x)

Fallzahlen:	Hier werden die Fallzahlen der verschiedenen Leistungsarten ausgewiesen. Die Ermittlung für die jeweilige Fallzahl ist abhängig von der in den GO-Stammdaten gespeicherten Leistungsgruppe der zur Abrechnung gelangten Leistung (GO-Nr.) und erfolgt nach folgendem Schema:
Kurativ:	LG 01 – 04, 08 – 12, 13
Mutterschaftsvorsorge:	LG 05
Früherkennung:	LG 06
Sonstige Hilfen:	LG 07
Impfungen:	LG 15 (nur falls vertraglich geregelt)
Kassenart:	gesetzliche Krankenkassen (= GKV)
Behandlungsart:	Ambulant oder stationär
Seite:	Erfolgt innerhalb des Vertragsarztes und der Kasse ein Behandlungsartwechsel, wird mit der Fallzählung von vorn begonnen.
Quartal:	Abrechnungsquartal; bei Nachträgen wird das jeweilige Leistungsquartal mit ausgewiesen.

4. Spalteneinteilung:

Im weiteren Ausdruck werden die GO-Nummern wie folgt ausgewiesen:

Spalte 1	GOP	jeweilige GO-Nummer
Spalte 2	Häufigkeit Arzt	Häufigkeit des Ansatzes der GOP
Spalte 3	Wert GOP in €	Bewertung der GOP nach EBM
Spalte 4	Gesamtbetrag GOP in €	Spalte 2 multipliziert mit Spalte 3
Spalte 5	€ je Fall Arzt	Fallwert Arzt, Spalte 4 geteilt

Spalte 6	€ je Fall PG	durch GFZ Fallwert PG
Spalte 7	Ansatz in Fällen	Anzahl der Fälle, bei der die GO-Nr. angesetzt wurde (=betroffene Fälle)
Spalte 8	Leistungen je Fall Arzt	Häufigkeit der abgerechneten GO-Nr. je Fall Spalte 2 geteilt durch Spalte 7
Spalte 9	Ansatz in % FZ Arzt	Anteil der betroffenen Fälle im Verhältnis zur GFZ; Prozentualer Anteil Spalte 7 an GFZ
Spalte 10	Ansatz in % FZ PG	Prüfgruppenwert
Spalte 11	Häufigkeit/100 Fälle Arzt	Häufigkeit der GO-Nr. auf 100 Fälle Spalte 2 geteilt durch GFZ mal 100
Spalte 12	Abweichung der Praxis in %	Gewichtete prozentuale Abweichung Fallwert Arzt von Fallwert Prüfgruppe
		Spalte 13 Ansatz bei Praxen in % Prozentsatz der Praxen der jeweiligen PG/PUG, die die jeweilige GO-Nr. abgerechnet haben.

5. Reihenfolge der Darstellung der Leistungsgruppen in der Häufigkeitsstatistik:

LSTGR 01	Grundleistungen
LSTGR 02	Besuche/Visiten
LSTGR 03	Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen
LSTGR 04	Allgemeine Leistungen
LSTGR 08	Sonderleistungen
LSTGR 09	Phys.-Med. Leistungen
LSTGR 10/_	Labor- Ausnahmeziffern; Wirtschaftlichkeitsbonus unabgestaffelt
LSTGR 12	Bildgebende Verfahren (z.B. Sonographie, Röntgen, etc)
LSTGR 13	Operationen/Anästhesien/Überwachungsleistungen

Leistungen Kurativ (LSTGR 01 bis 04, 08, 09, 12, 13 (ohne Versichertenpauschale und Wirtschaftlichkeitsbonus))

Leistungen Kurativ (LSTGR 01 bis 04, 08, 09, 12, 13 (mit Versichertenpauschale und Wirtschaftlichkeitsbonus)

LSTGR 07 Sonstige Hilfen

LSTGR 10/1 Basis-Labor mit Ausnahmeindikation

LSTGR 10/2 Basis-Labor ohne Ausnahmeindikation

Anmerkungen zur Leistungsgruppe 10 Basis/Allg. Laboruntersuchungen:

Die Leistungen aus dem Bereich Basis/Allg. Laboruntersuchungen umfassen die Leistungen aus dem Kapitel **32.2 EBM**.

In der Häufigkeitsstatistik werden die Allgemeinen Laboruntersuchungen 3-geteilt dargestellt:

In der Leistungsuntergruppe 10/1 (Basis-Labor mit Ausnahmeindikation) werden alle Laborleistungen des Kapitels **32.2 EBM** aufgelistet, die in Zusammenhang mit den Ausnahmeziffern (32005 – 32023) bei den einzelnen Patienten abgerechnet wurden.

In der Leistungsuntergruppe 10/2 (Basis-Labor ohne Ausnahmeindikation) werden alle Laborleistungen des Kapitels **32.2 EBM** aufgelistet, die **nicht** in Zusammenhang mit den Ausnahmeziffern (32005 – 32023) bei den einzelnen Patienten abgerechnet wurden.

Die Summe der Leistungen sowie die Gesamtanforderungen aus den Leistungsgruppen 10/1 und 10/2 werden in der Häufigkeitsstatistik unter LSTGR 10 Gesamt Basis-Labor ausgewiesen. Zusätzlich wird auch der Durchschnittswert € je Fall (Berechnungsformel: Betrag in € : Fallzahl kurativ) mit einer Genauigkeit von 2 Stellen hinter dem Komma ausgewiesen.

LSTGR 10 Gesamt Basis-Labor

LSTGR 11/1 Spezial-Labor mit Ausnahmeindikation

LSTGR 11/2 Spezial-Labor ohne Ausnahmeindikation

Anmerkungen zur Leistungsgruppe 11 Spezielle Laboruntersuchungen:

In der Häufigkeitsstatistik wird das Speziallabor ebenfalls 3-geteilt dargestellt:

In der Leistungsuntergruppe 11/1 (Spezial-Labor mit Ausnahmeindikation) werden alle Laborleistungen des Kapitels 32.3 EBM aufgelistet, die in Zusammenhang mit den Ausnahmeziffern (32005 – 32023) bei den einzelnen Patienten abgerechnet wurden.

In der Leistungsgruppe 11/2 (Spezial-Labor ohne Ausnahmeindikation) werden alle Laborleistungen des Kapitels 32.3 EBM aufgelistet, die **nicht** in Zusammenhang mit den Ausnahmeziffern (32005 – 32023) bei den einzelnen Patienten abgerechnet wurden.

Die Summe der Leistungen, sowie die Gesamtanforderungen aus den Leistungsgruppen 11/1 und 11/2 werden in der Häufigkeitsstatistik unter LSTGR 11 Gesamt Spezial-Labor ausgewiesen. Zusätzlich wird auch der Durchschnittswert € je Fall (Berechnungsformel: Betrag in € : Fallzahl kurativ) mit einer Genauigkeit von 2 Stellen hinter dem Komma ausgewiesen.

LSTGR 14	Kosten/Pauschalerstattungen
LSTGR 15*	Impfungen
LSTGR 16**	DMP-Leistungen
LSTGR 05	Mutterschaftsvorsorge
LSTGR 06	Früherkennung

* nur falls vertraglich geregelt

** wird nicht ausgeführt, da nicht prüfrelevant

Anlage 6 – Verordnungsstatistiken

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise

Statistiken über die Verordnungsweise

(§ 20 Abs. 2 und § 23 PV)

Für alle in Anlage 6 geregelten Verordnungsbereiche gilt:

Für die Quartalszuordnung ist der Tag der Ausstellung der Verordnung maßgebend.

Grundsätze der Fallzählung für alle nachfolgenden Statistiken werden hier beschrieben.

Kurative Fälle generieren sich aus den LG 1 bis 4 und 8 bis 13

Reine sonstige Hilfen-Fälle generieren sich aus der LG 7

Alle übrigen LG sind für die Fallzählung nicht relevant.

Deckblatt:

Das Deckblatt der Prüfstatistik enthält die LANR und Namen der in der entsprechenden Prüfgruppe der BSNR tätigen Ärzte.

6a: Arzneikostenstatistik

In der Arzneikostenstatistik werden die Kosten für Arznei- und Verbandmittel für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen erfasst. Dabei werden die Durchschnittskosten des Vertragsarztes mit den Durchschnittswerten der entsprechenden Prüfgruppe verglichen.

Diese Statistik findet auch Verwendung für das Ersatzverfahren nach § 106 Abs. 2 SGB V.

Die Arzneikosten werden den Fallzahlen der gesetzlichen Krankenkassen gegenübergestellt. Nachtragsfälle werden, soweit zum Zeitpunkt der Erstellung der Statistiken vorhanden, erfasst.

Kopf der Statistik:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, PG (numerisch und im Klartext), BSNR, Quartal, Kassenart, Behandlungsart, Praxisanschrift, Erstelldatum, Seitenzahl (x von x)

1. Beschreibung der Spalten

Spalte 01: Kassenummer nach dem „Verzeichnis der Krankenkassen und KVen“. Summe je Kassenart und GKV und Vorjahresquartal GKV.

Spalte 02: M = Mitglieder
F = Familienversicherte
R = Rentner
G = Summe M, F, R
GB = Summe Brutto GKV
GR = Summe Rabatt GKV
GZ = Summe Zuzahlung GKV

Spalte 03: Zahl der Fälle
Dabei werden erfasst:
alle ambulanten kurativen Fälle und reine Sonstige-Hilfenfälle.

Spalte 04: Arzneikosten in €.
Bei M, F, R und G: Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf
GB = Summe Brutto GKV
GR = Summe Rabatt GKV
GZ = Summe Zuzahlung GKV

Spalte 05: Durchschnittliche Arzneikosten je Fall des Vertragsarztes (Spalte 04 : Spalte 03) nur bei M, F, R, G je Kassenart und GKV.

Spalte 06: Durchschnittliche Arzneikosten (gewichtet) je Fall der in Bayern tätigen Vertragsärzte der Prüfgruppe nur für GKV. Sonst analog Spalte 05.

Spalte 07: Abweichung vom Vergleichswert (gew.) in € (Differenz zwischen Spalte 05 und Spalte 06) nur für GKV ab Zeile G.

Spalte 08: Abweichung vom Vergleichswert (gew.) in % (Spalte 07 : Spalte 06 x 100) analog Spalte 7

Spalte 09: Anzahl der Verordnungen nur bei G.

Spalte 10-13: Verordnungen je Fall und Kosten je Verordnung pro Vertragsarzt bzw. Prüfgruppe nur bei G.

2. Zeilenweiser Ausdruck in den Spalten

Es werden gedruckt:

Spalten 02 – 05:	Immer wenn Werte vorliegen
Spalte 06:	Summenblock GKV
Spalten 07/08:	Summenblock GKV: in den Zeilen G
Spalte 09:	Je Krankenkasse in Zeile G, je Kassenart und Summenblock GKV: in den Zeilen G

3. Gliederung nach Kassenarten

Die Arzneikostenstatistik wird nach Kassenarten getrennt in folgender Reihenfolge ausgedruckt:

1. AOKen
2. Landwirtschaftliche Krankenkassen
3. Innungskrankenkassen
4. Betriebskrankenkassen
5. Knappschaft
6. Ersatzkassen.

4. Gliederung innerhalb jeder Kassenart

Die Werte aus den Spalten 02 – 09 werden nach folgender Systematik ausgewiesen:

- a) Je Krankenkasse in aufsteigender Reihenfolge der Krankenkassennummern.
- b) Für alle in einer Kassenart aufgeführten Krankenkassen, zusammengefasst unter der in Spalte 01 ausgedruckten Bezeichnung „Summe BKK“ usw.
- c) Für alle in der Arzneikostenstatistik aufgeführten Krankenkassen, zusammengefasst unter der in Spalte 01 ausgedruckten Bezeichnung „Summe GKV“.

5. Berechnung der Vergleichswerte

Die Vergleichswerte in der Spalte 06 werden jeweils aus den Verordnungskosten für Versicherte der in Spalte 1 genannten Kassenart ermittelt.

6. Gewichtete Abweichung

Im Block „Summe GKV“ wird in einer gesonderten Zeile in Spalte 08 die gewichtete Abweichung ausgedruckt.

Die Umrechnung des Wertes aus Spalte 08 unter Berücksichtigung der Fallzahlen an Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern einschließlich Familienversicherten geschieht in folgender Weise:

Rechengang für gewichtete Abweichung

- Die Durchschnitte je Fall in € der Prüfgruppe (Spalte 06) werden getrennt nach M, F und R mit den jeweiligen Fallzahlen des Vertragsarztes (Spalte 03) multipliziert.
- Die Ergebnisse der Multiplikationen werden addiert.
- Die Summe dieses Rechenvorganges = „SOLL“ = 100 %.
- Die Plus-/Minus-Differenz - bezogen auf die Arzneikosten in € (Zeile G Spalte 04, „IST“) - wird festgestellt und die prozentuale Abweichung (= gewichtete Abweichung) ermittelt.

7. Werte des Vorjahresquartales

Im Block „Summe GKV“ wird in einer eigenen Zeile mit der Bezeichnung in Spalte 01 „Vorj.Quart.“ die Summenzeile „G“ aus der Arzneikostenstatistik des Vertragsarztes für das Vorjahresquartal wiederholt.

6b: Heilmittelstatistik, KHE

In der Heilmittelstatistik werden die Verordnungswerte für Heilmittel und Krankenhauseinweisung (KHE) für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen erfasst. Dabei werden die Durchschnittswerte des Vertragsarztes mit den Durchschnittswerten der entsprechenden Prüfgruppe verglichen.

Diese Statistik findet auch Verwendung für das Ersatzverfahren nach § 106 Abs. 2 SGB V.

Die Kosten der Anlage 1 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten Heilmittel in der jeweils gültigen Fassung sind nicht in den Kosten enthalten, werden aber gesondert ausgewiesen. Die Kosten der Anlage 2 Vereinbarung über Praxisbesonderheiten Heilmittel sind nicht enthalten und werden nicht ausgewiesen.

Sie werden den Fallzahlen der gesetzlichen Krankenkassen gegenübergestellt. Nachtragsfälle werden, soweit zum Zeitpunkt der Erstellung der Statistiken vorhanden, erfasst.

Mit Ausnahme des Summenblocks ‚Summe GKV Brutto‘ enthält die Statistik ausschließlich Nettowerte.

Kopf der Statistik:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, PG (numerisch und im Klartext), BSNR, Quartal, Kassenart, Behandlungsart, Praxisanschrift, Erstelldatum, Seitenzahl (x von x)

Seite 1

1. Beschreibung der Spalten

Spalte 01: Kassennummer nach dem „Verzeichnis der Krankenkassen und KVen“.

Spalte 02: M = Mitglieder

F = Familienversicherte

R = Rentner einschließlich Familienversicherte

G = Summe M, F, R

Spalte 03: Zahl der Fälle.

Dabei werden erfasst:

alle ambulanten kurativen Fälle und reine Sonstige-Hilfen-Fälle

1.1 Physikalisch-medizinische Leistungen

Spalte 04: Verordnungskosten insgesamt

Die Verordnungskosten insgesamt werden nach der Zeile G in einem eigenen Block, unterteilt nach Verordnungskosten für.

- Massagen (Leistungsart 01)
- Lymphdrainagen/MLD
- Krankengymnastik (Leistungsarten 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10)
- Bäder (Leistungsarten 16, 17)
- Sonstige Leistungen (Leistungsarten 02, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 2001, 97, 99)

Die Unterteilung erfolgt gemäß dem bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis sowie den bayerischen Gebührenvereinbarungen.

Für die Quartalszuordnung ist der Tag der Ausstellung der Verordnungen maßgebend.

Spalte 05: Durchschnittliche Verordnungskosten je Fall des Vertragsarztes (Spalte 04 : Spalte 03) nur bei M, F, R, G je Kassenart und GKV .

Spalte 06: Durchschnittliche Verordnungskosten (gewichtet) je Fall der in Bayern tätigen Vertragsärzte der Prüfgruppe nur für GKV brutto. Sonst analog Spalte 05.

Spalte 07: Abweichung vom Vergleichswert (gew.) in € (Differenz zwischen Spalte 05 und Spalte 06) nur für GKV brutto ab Zeile G.

Spalte 08: Abweichung vom Vergleichswert (gew.) in % (Spalte 07 : Spalte 06 x 100) nur für GKV brutto. ab Spalte G.

Spalte 09: Anlage 1

Vereinbarte Praxisbesonderheiten in € gemäß Anlage 1 (Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel auf Bundesebene).

Die Heilmittelpositionsnrn. x0703, x0708, x0709 und x0805 werden für Kinder bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres nicht in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen.

1.2 Ergo-Therapie [derzeit unbesetzt]

1.3 Logo-Therapie [derzeit unbesetzt]

1.4 Krankenhauseinweisungen

Spalte 14: Zahl der Krankenhauseinweisungen des Vertragsarztes.

Die quartalsweise Zuordnung der Krankenhausfälle richtet sich nicht nach dem Tag der Verordnung von Krankenhauspflege, sondern nach dem Aufnahmetag in stationäre Behandlung.

2. Zeilenweiser Ausdruck in den Spalten

Es werden ausgedruckt:

Spalten 02 bis 04: Immer wenn Werte vorliegen

Spalte 05: Summenblock GKV und Kassenart

Spalte 06: bis 08: Summenblock GKV brutto

Spalten 09 bis 14: Immer wenn Werte vorliegen

3. Gliederung nach Kassenarten

Die Heilmittelstatistik wird nach Kassenarten getrennt in folgender Reihenfolge ausgedruckt:

1. AOKen
2. Landwirtschaftliche Krankenkasse
3. Innungskrankenkassen
4. Betriebskrankenkassen
5. Knappschaft
6. Ersatzkassen.

4. Gliederung innerhalb jeder Kassenart

Die Werte aus den Spalten 02 bis 14 werden nach folgender Systematik ausgewiesen:

- a) Soweit vorhanden werden innerhalb einer Kassenart die Einzelkassen in aufsteigender Reihenfolge der Krankenkassennummern dargestellt.
- b) Für alle in einer Kassenart aufgeführten Krankenkassen zusammengefasst unter der in Spalte 01 ausgedruckten Bezeichnung „Summe AOK“ usw.
- c) Für alle in der Heilmittelstatistik aufgeführten Kassenarten zusammengefasst unter der in Spalte 01 ausgedruckten Bezeichnung „Summe GKV NETTO sowie „Summe GKV BRUTTO“

5. Berechnung der Vergleichswerte

Gewichtete Abweichung

Im Block „Summe GKV BRUTTO“ werden in der Zeile G in den Spalten 06 bis 08 die gewichteten Werte eingedruckt.

Die Umrechnung des Wertes aus Spalte 08 unter Berücksichtigung der Fallzahlen an Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern einschließlich Familienversicherten geschieht in folgender Weise:

Rechengang für gewichtete Abweichung

- Die Durchschnitte je Fall in € der Prüfgruppe (Spalte 06) werden getrennt nach M, F und R mit den jeweiligen Fallzahlen des Arztes (Spalte 03) multipliziert.
- Die Ergebnisse der Multiplikationen werden addiert.
- Die Summe dieses Rechenvorganges = „SOLL“ = 100 %.
- Die Plus-/Minus-Differenz - bezogen auf die Verordnungskosten in € (Zeile G Spalte 04; „IST“) - wird festgestellt und die prozentuale Abweichung (= gewichtete Abweichung) ermittelt.

Protokollnotizen:

1. Die Vertragspartner stimmen überein, dass in der Heilmittelstatistik die Krankenhausweisungen nach den Kriterien des § 39 SGB V aufgeschlüsselt werden sollen.

2. Die Ersatzkassen sichern zu, die Werte der Heilmittelstatistik vollständig zur Verfügung zu stellen.
3. Die Kosten aus den Spalten 09, 11 und 13 (Anlage 1) sind in den Kosten in den Spalten 04, 10 und 12 nicht enthalten.
4. §§ 33, 55, 56 SGB IX (insb. Frühförderung) sind nicht Gegenstand der GKV-Heilmittelverordnungen. Die Kosten hierfür sind daher nicht in den Datenlieferungen für die Heilmittelstatistiken enthalten.

6c: Häufigkeitsstatistik nach Heilmittelpositionsnummern

Die Häufigkeitsstatistik über kassenärztliche Verordnungen nach Heilmittelpositionsnummern beinhaltet die verordneten Heilmittelpositionen eines Vertragsarztes, getrennt nach Leistungsarten.

Die Kosten der Anlage 1 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten Heilmittel in der jeweils gültigen Fassung sind nicht in den Kosten enthalten, werden aber gesondert ausgewiesen. Die Kosten der Anlage 2 Vereinbarung über Praxisbesonderheiten Heilmittel sind nicht enthalten und werden nicht ausgewiesen.

Kopf der Statistik:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, PG (numerisch und im Klartext), BSNR, Quartal, Kassenart, Behandlungsart, Praxisanschrift, Erstelldatum, Seitenzahl (x von x)

1. Beschreibung der Spalten

- Spalte 01: Heilmittelpositionsnummer
- Spalte 02: Häufigkeit der verordneten Leistung
- Spalte 03: Wert der verordneten Leistung in €
- Spalte 04: Gesamtbetrag der verordneten Leistung in € (Wert der Spalte 02 multipliziert mit dem Wert der Spalte 03)
- Spalte 05: Der Eigenanteil ist der Zuzahlungsbetrag der Versicherten, denen die Leistung verordnet wurde.
- Spalte 06: Der Fallwert ‚€ je Fall‘ des Arztes errechnet sich aus dem Gesamtbetrag aus Spalte 04 dividiert durch die Anzahl der Fälle, in denen die jeweilige Leistung verordnet wurde.
- Spalte 07: Prozentualer Ansatz der Fälle der Praxis, in denen die Heilmittelposition verordnet wurde, dividiert durch die Gesamtfallzahl der abgerechneten Fälle (im Listenkopf ausgewiesene Fallzahl) mal 100
- Spalte 08: A1 Diagnose ICD10
Vereinbarte Praxisbesonderheiten in € gemäß Anlage 1. (Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel auf Bundesebene).
- Spalte 09: A1 Indikationsschlüssel
Vereinbarte Praxisbesonderheiten in € gemäß Anlage 1. (Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel auf Bundesebene).

2. Zeilenweiser Ausdruck in den Spalten

Die Reihenfolge der Leistungsarten in der Häufigkeitsstatistik nach Heilmittelpositionsnummern erfolgt aufsteigend innerhalb der jeweiligen Leistungsarten mit Summenbildung jeweils für Physikalische Leistungen (Massagen, Krankengymnastik, Bäder jeweils inklusive Sonstige Leistungen und Hausbesuche), Ergotherapie (Ergotherapie inklusive Sonstige Leistungen und Hausbesuche) bzw. Stimm-/Sprech-/Sprachtherapie (Stimm-/Sprech-/Sprachtherapie inklusive Sonstige Leistungen und Hausbesuche) und die Gesamtsumme.

Für jede Leistungsart werden die Werte getrennt nach den Heilmittelpositionsnummern in einem Block Kosten ohne Anlage 1 und einem Block Kosten nur Anlage 1 ausgewiesen. Dabei wird jeweils eine Summenzeile sowie eine Gesamtsumme gebildet.

Im Block ‚Kosten ohne Anlage 1‘ werden die Werte in den Spalten 01 bis 07 ausgewiesen.

Im Block ‚nur Anlage 1‘ werden die Werte in den Spalten 01 bis 05 sowie 08 und 09 ausgewiesen.

In den Summenzeilen werden nur die Anzahl der Heilmittelpositionsnummern, der Häufigkeit sowie der Gesamtbetrag und der Eigenanteil ausgewiesen.

3. Zusatzinformationen

a) Krankengymnastik spezial Kinder

In einem gesonderten Block werden die Kosten für die Heilmittelpositionsnummern x0703, x0708, x0709 und x0805 für Kinder bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres dargestellt.

b) Podologie

In einem weiteren gesonderten Block werden die Kosten der Podologie ausgewiesen.

Anlage 7 – Richtgrößenstatistik

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Verordnungsweise nach Richtgrößen

Richtgrößenstatistiken

(§ 15 PV)

Für alle in Anlage 7 geregelten Verordnungsbereiche gilt:

Für die Quartals- bzw. Jahreszuordnung ist der Tag der Ausstellung der Verordnung maßgebend.

7 a: BESCHREIBUNG 'RICHTGRÖßENSTATISTIK ARZNEI- UND VERBAND-
MITTEL'

Derzeit nicht besetzt

7b: BESCHREIBUNG 'RICHTGRÖßENSTATISTIK HEILMITTEL'

Derzeit nicht besetzt.

Anlage 8 – Auswahllisten und Entwicklung Verordnungswerte

zur Prüfungsvereinbarung

Auswahllisten und Entwicklung Verordnungswerte (§ 16 PV)

Allgemeines

1In den Auswahllisten ERGP Arzneimittel und Heilmittel werden alle Vertragsärzte, unabhängig von der Überschreitung, ausgewiesen. 2Bei Vertragsärzten, welche den Prüfgruppendurchschnitt mit 15 % oder weniger überschreiten, gar nicht überschreiten oder unterschreiten, werden BSNR (Spalte 2), NAME_VORNAME (Spalte 3) und LANR (Spalte 5) anonymisiert. 3Bei Vertragsärzten der Prüfgruppe 740 wird auf die Anonymisierung verzichtet. 4Die Auswahllisten werden im CSV Format erstellt.

8a: Auswahlliste ERGP Arzneimittel

Die Auswahlliste ERGP Arzneimittel listet u.a. die Vertragsärzte auf, welche die Aufgreifkriterien der ERGP Arzneimittel erfüllen.

Spalte 1	QUARTAL
Spalte 2	BSNR (wird bei BAG/MVZ pro PG ggf. mehrfach ausgewiesen)
Spalte 3	NAME_VORNAME
Spalte 4	PG (Prüfgruppe)
Spalte 5	LANR (bei mehreren LANR findet die Summenbildung bei der ersten LANR statt. Die anderen LANR-Zeilen bleiben leer)
Spalte 6	FALLZAHL
Spalte 7	ARZNEIKOSTEN
Spalte 8	FALLWERT_ARZNEIKOSTEN PRAXIS
Spalte 9	FALLWERT_ARZNEIKOSTEN_PG
Spalte 10	ABWEICHUNG_ARZNEIKOSTEN_GEWICHTET
Spalte 11	ABWEICHUNG_ARZNEIKOSTEN_PROZENT

8b: Auswahlliste ERGP Heilmittel

Die Auswahlliste ERGP Heilmittel listet u.a. die Vertragsärzte auf, welche die Aufgreifkriterien der ERGP Heilmittel erfüllen.

Spalte 1	QUARTAL
Spalte 2	BSNR (wird bei BAG/MVZ pro PG ggf. mehrfach ausgewiesen)
Spalte 3	NAME_VORNAME
Spalte 4	PG (Prüfgruppe)
Spalte 5	LANR (bei mehreren LANR findet die Summenbildung bei der ersten LANR statt. Die anderen LANR-Zeilen bleiben leer)
Spalte 6	FALLZAHL
Spalte 7	KOSTEN_PHYS_MED (ohne A1)
Spalte 8	FALLWERT_PHYS_MED
Spalte 9	FALLWERT_PHYS_MED_PG
Spalte 10	ABWEICHUNG_PHYS_MED_GEWICHTET
Spalte 11	ABWEICHUNG_PHYS_MED_PROZENT
Spalte 12	KOSTEN A1
Spalte 13	Bemerkung

8c: Entwicklung Verordnungswerte

Allgemeines: Dient der übersichtlichen Darstellung wichtiger Werte über 5 Quartale hinweg.

Kopf der Statistik:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, PG (numerisch und im Klartext), BSNR, Quartal, Kassenart, Behandlungsart, Praxisanschrift, Erstellungsdatum, Seitenzahl (x von x)

Deckblatt:

Das Deckblatt der Prüfstatistik enthält die LANR und Namen der in der entsprechenden Prüfgruppe der BSNR tätigen Ärzte.

Beschreibung der Spalten:

Spalte 1	Kopfspalte; enthält Quartal, Fallzahl
Spalte 2	Allgemeine Beschreibung: Textbeschreibung zu den folgenden Spalten Zeile 1: Durchschnitt Praxis PG Zeile 2: Durchschnitt PG Zeile 3: Über- / Unterschreitung von PG in Prozent
Spalte 3	Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf in € je Fall
Spalte 4	Phys-Med. Leistungen in € je Fall
Spalte 5	Anlage 1: Betrag in €
Spalte 6	Krankenhauseinweisungen: Anzahl absolut

Fußzeile: Erläuterungen zu den einzelnen Werten

Anlage 9 – Verteiler Statistiken

zur Prüfungsvereinbarung

Verteiler von Auswahllisten und Statistiken

- 1) Zur Vorbereitung von Prüfverfahren werden die nachfolgenden statistischen Unterlagen gem. § 5 Abs. 5 PV
 1. Entwicklung Verordnungswerte (VW060)
 2. Gesamtübersicht (HW0024)
 3. Häufigkeitsstatistik (HW0021)
 4. Arzneikostenstatistik (VWA301)
 5. Heilmittelstatistik (VWH301)
 6. Häufigkeitsstatistik für Heilmittelpositionsnummern (VWH302)
 7. Arzneimittelliste GKV (PZN-Liste)
 8. Arzneimittelgruppenliste GKV (ATC-Liste)
 9. Auswahllisten nach § 5 Abs. 5 PV

nach Abschluss der Sondierung:

10. Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel (ABB060)
11. Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel (HBB060)

durch die Prüfungsstelle in einheitlicher Form auf EDV-Datenträger (z.B. CD-ROM oder DVD) folgenden Stellen zur Verfügung gestellt:

- der KVB
- den für den Vertragsarztsitz zuständigen Dienstleistungszentren der AOK Bayern
- dem BKK Landesverband Bayern
- der IKK classic
- SVLFG als LKK
- Knappschaft – Regionaldirektion München –
- der federführenden Ersatzkasse

2) Der Vertragsarzt erhält aufgrund § 106 Abs. 1 a SGB V folgende Unterlagen in elektronischer Form:

1. Entwicklung Verordnungswerte (VW060)
2. Arzneikostenstatistik (VWA301)
3. Heilmittelstatistik (VWH301)
4. Häufigkeitsstatistik für Heilmittelpositionsnummern (VWH302)
5. Arzneimittelliste GKV (PZN-Liste)
6. Arzneimittelgruppenliste GKV (ATC-Liste)

zeitnah nach Information des Vertragsarztes über sein Prüfverfahren:

7. Gesamtübersicht (HW0024)
8. Häufigkeitsstatistik (HW0021)
9. Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel (ABB060)
10. Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel (HBB060)

Anlage 10 – PZN Statistik

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Verordnungsweise

PZN-Statistiken

Allgemein: Enthält alle kollektivvertraglichen Daten der Arzneimittel und Verbandsstoffe für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung des Vertragsarztes, aufgeteilt nach Pharmazentralnummern (PZN).

Kopf der Statistik:

Der Kopf der Statistik enthält das Verordnungsquartal, die Betriebsstättennummer (BSNR), Prüfgruppe und Untergruppe (PG/UG), die lebenslange Arztnummer(n) (LANR) der Prüfgruppe in der Praxis sowie Name und Anschrift der Ärzte und der Praxis.

Deckblatt:

Das Deckblatt der Prüfstatistik enthält die LANR und Namen der in der entsprechenden Prüfgruppe der BSNR tätigen Ärzte.

Spalte 1: RANG

absteigende Sortierung nach Kosten der PZN

Spalte 2: PZN

maximal 8stellige Pharmazentralnummer, führende „Nullen“ werden ausgeblendet.

Spalte 3: ARZNEIMITTEL

Name des Arzneimittels

Spalte 4: KOSTEN

Summe der Kosten identischer PZNs

Spalte 5: VERORDNUNGEN

Summe der Verordnungen identischer PZNs

Spalte 6: ATC_CODE

Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation, angepasst nach WIDO, Sortimentbuchstaben A oder B wird vorangestellt, in der Regel siebenstellig

Spalte 7: ANLAGE_10

in Anlage 10 dieser Vereinbarung enthalten ja/nein – ja = x

Spalte 8: NORMGROESSE

Normgröße gem. der Packungsgrößenverordnung (PackungsV), n1, n2, n3, bei Verbandstoffen keine

Anlage 11 – ATC Statistik

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Verordnungsweise

ATC-Statistiken

Allgemein: Enthält alle kollektivvertraglichen Daten der Arzneimittel und Verbandsstoffe für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung des Vertragsarztes, aufgeteilt nach anatomisch-therapeutisch-chemischer Klassifikation (ATC).

Kopf der Statistik:

Der Kopf der Statistik enthält das Ordnungsquartal, die Betriebsstättennummer (BSNR), Prüfgruppe und Untergruppe (PG/UG), die lebenslange Arztnummer(n) (LANR) der Prüfgruppe in der Praxis sowie Name und Anschrift der Ärzte und der Praxis.

Spalte 1: ATC_CODE

Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation, angepasst nach WIDO, Sortimentbuchstaben A oder B wird vorangestellt, Hauptgruppierung dreistellig, Untergruppen fünfstellig

Spalte 2: INDIKATIONSBEZEICHNUNG

Indikationsbezeichnungen nach WIDO

Spalte 3: KOSTEN

Die dreistellige Hauptgruppe enthält die Summe der Kosten aller zugehörigen fünfstelligen Untergruppen. Diese fünfstelligen Untergruppen enthalten die Summe der Kosten der zugehörigen siebenstelligen Wirkstoffe.

Spalte 4: FALLKOSTEN

können nach KV-Ansicht entfallen

Spalte 5: PGFALLKOSTEN

können nach KV-Ansicht entfallen

Spalte 6: KOSTENPRODDD

Kosten in den ausgewiesenen ATC-Gruppen geteilt durch die jeweils verordneten DDD (Defined Daily Dose) nach WIDO des Vertragsarztes

Spalte 7: PGKOSTENPRODDD

Kosten in den ausgewiesenen ATC-Gruppen geteilt durch die jeweils verordneten DDD (Defined Daily Dose) nach WIDO der Prüfgruppe der Praxis.

Es werden nur Praxen berücksichtigt, bei denen in den entsprechenden ATC-Gruppen des Vertragsarztes Verordnungen getätigt worden sind.

Spalte 8: VERORDNUNGEN

Anzahl der Verordnungen in den jeweiligen ATC-Gruppen. Die dreistellige Hauptgruppe enthält die Summe der Verordnungen aller zugehörigen fünfstelligen Untergruppen. Diese fünfstelligen Untergruppen enthalten die Summe der Verordnungen der zugehörigen siebenstelligen Wirkstoffe.

Spalte 9: ANTEIL

Der Anteil der Kosten der jeweiligen ATC-Gruppen an den Gesamtkosten der Prüfgruppe in der Praxis

Spalte 10: PGANTEIL

Der Anteil der Kosten der jeweiligen ATC-Gruppen an den Gesamtkosten der Prüfgruppen. Es werden nur Praxen berücksichtigt, bei denen in den entsprechenden ATC-Gruppen des Vertragsarztes Verordnungen getätigt worden sind.

Spalte 11: ANLAGE_10

In der ATC-Gruppe sind PZN enthalten, die in Anlage 10 dieser Vereinbarung enthalten sind: ja/nein – ja = x

Anlage 12 – Erweiterter Einzelfallnachweis

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Verordnungsweise

erweiterter Einzelfallnachweis

Allgemeines: Der erweiterte Einzelfallnachweis wird in der Regel für alle Vertragsärzte erstellt, die nach Sondierung in der Ersatzrichtgrößenprüfung Arzneimittel / Heilmittel sind.

Kopf der Statistik:

Der Kopf der Statistik enthält das Ordnungsquartal, die Betriebsstättennummer (BSNR), Prüfgruppe und Untergruppe (PG/UG), die lebenslange Arztnummer(n) (LANR) der Prüfgruppe in der Praxis sowie Name und Anschrift der Ärzte und der Praxis, die Kassengruppe, VKNR (Vertragskassennummer) und Kassename

12a = Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel

Die Statistik ist gegliedert in Kassengruppen, darunter Einzelkassen.

Unter den Einzelkassen wird gegliedert nach den einzelnen Versicherten (A), Diagnosen (B), GOPs (Gebührenordnungspositionen) (C) und Arzneimittel (D).

A) Versicherter

Spalte 1: Name

Spalte 2: Vorname

Spalte 3: Behandlungs-Kennzeichen

Gliederung in ärztliche Behandlung, Notfall, Überweisung, Vertretung, Mit-/Weiterbehandlung, etc

Spalte 4: Kostenträger-Art

Regionalkassen oder Ersatzkassen (kann nach Ansicht KV entfallen)

Spalte 5: Fallnummer

Sortierung innerhalb der Einzelkasse nach Versichertengruppe (MFR)

Spalte 6: Versichertengruppe

MFR

Spalte 7: BK

(kann nach Ansicht KV entfallen)

Spalte 8: Geburtsdatum

Spalte 9: Versichertennummer

B) Diagnosen

Ausgewiesen werden ICD 10 und Langtext

C) GOPs

Ausgewiesen werden Behandlungstag mit zugehörigen EBM-Ziffer(n)

D) Arzneikosten

Spalte 1: Datum

Datum der Ausstellung der Verordnung

Spalte 2: Bezeichnung

Name des Arzneimittels nach Lauertaxe (prüfen)

Spalte 3: PZN

Spalte 4: ATC-Code

Spalte 5: Faktor

Die Anzahl der jeweiligen PZN pro Bezeichnung

Spalte 6: EURO-Betrag

Kosten der jeweiligen PZN unter Berücksichtigung des Faktors

Summe der Kosten der Verordnungen

12b = Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel

Derzeit unbesetzt

Anlage 13 – Wirkstoff- und Indikationsliste

zur Prüfungsvereinbarung

Wirkstoff- und Indikationsliste

- 1) Die Vertragspartner regen an, dass die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss auch ohne entsprechende Stellungnahme des Arztes die Verordnungstätigkeit dahingehend überprüft, ob, bezogen auf die Praxisgröße im Vergleich zu der Prüfgruppe, der Arzt ein erheblich höheres Volumen in den in Anlage 13 genannten Wirkstoffgruppen und aus der Indikationsliste hat und ob diese als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind. Die Fortschreibung der Anlage 13 erfolgt einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern, ohne dass es einer Änderung der Prüfungsvereinbarung bedarf.

- 2) Wirkstoff- und Indikationsliste:

Wirkstoffliste

1. Zytostatika und Metastasenhemmer

1 a) Alkaloide:

Vinblastin; Vincristin; Vindesin; Vinorelbin

1 b) Alkylantien:

Bendamustin; Busulfan; Carmustin; Chlorambucil; Cyclophosphamid; Estramustin; Ifosfamid; Lomustin; Melphalan; Nimustin; Temozolomid; Thiotepa; Treosulfan; Trofosfamid;

1 c) Antibiotika:

Bleomycin; Dactinomycin; Daunorubicin; Doxorubicin, Liposomales; Doxorubicin, Pegyliertes; Epirubicin; Idarubicin; Mitomycin

1 d) Antimetabolite:

Capecitabin; Cladribin; Cytarabin; Fludarabin, Fluorouracil, Gemcitabin, Mercaptopurin, Methotrexat, Nelarabin, Tegafur, Thioguanin

1 e) Platin-Verbindungen:

Carboplatin, Cisplatin, Oxaliplatin

1 f) Biphosphonate:

Clodronsäure, Ibandronsäure, Pamidronsäure, Zoledronsäure

1 g) Andere Stoffe:

Alltrans-Retinsäure, Altretamin, Amifostin, Amsacrin, Asparaginase, Bacillus Calmette-Guêrin (BCG), nur zur intravesikalen Instillation, Bevacizumab, Bexaroten, Bortezomib, Cetuximab, Dacarbazin, Dasatinib, Docetaxel, Erlotinib, Etoposid, Fulvestrant, Hydroxycarbamid, Imatinib, Irinotecan, Lapatinib, Lenalidomid, Mesna, Miltefosin, Mitoxantron, Nilotinib, Paclitaxel, Pentosta-

tin, Pegaspargase, Pemetrexed, Porfimer, Procarbazin, Sorafenib, Sunitinib, Teniposid, Temoporfin, Tamsulosin, Topotecan, Tretinoin, systemisch

2. Immuntherapeutika und Zytokine

2 a) Immunsuppressiva:

Azathioprin, Basiliximab, Ciclosporin, Daclizumab, Eculizumab, Everolimus, Mitoxantron, Mycophenolatmofetil, Sirolimus, Tacrolimus

2 b) Organpräparate:

Alemtuzumab, Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobuline, Lymphozyten-Globuline, Muromonab-CD 3, Panitumumab, Rituximab, Trastuzumab

2 c) Zytokine:

Aldesleukin, Filgrastim (G-CSF), Lenograstim, Pegfilgrastim

3. Hypophysen-, Hypothalamushormone und Hemmstoffe

3 a) Hypophysenhinter-lappenhormone, Einzelwirkstoffe:

Argipressin, parenteral; Desmopressin, parenteral; Lypressin, parenteral; Ornipressin, parenteral; Terlipressin, parenteral; Vasopressin, parenteral

3 b) Hypophysenhinter-lappenhormone, Kombination:

Oxytocin + Methylergometrin

3 c) Hypophysenvorder-lappenhormone: ACTH

3 d) Hypothalamus-hormone:

Buserelin, nur als Diagnostikum, Corticorelin, nur als Diagnostikum, Gonadorelin (LHRH), nur nasale Anwendung bei Kindern, Goserelin, nur als Diagnostikum, Leuprorelin, nur als Diagnostikum, Somatostatin, nur als Diagnostikum, Triptorelin, nur als Diagnostikum

3 e) Andere regulatorische Peptide:

Lanreotid, Octreotid

4. Sexualhormone und ihre Hemmstoffe

4 a) Antiandrogene:

Bicalutamid, Flutamid

4 b) Antiöstrogene:

Anastrozol, Exemestan, Formestan, Letrozol, Tamoxifen, Toremifen

4 c) Gestagene, Einzelstoffe:

Gestonoron, Medrogeston ≥ 25 mg, Medroxyprogesteron ≥ 100 mg, Megestrol

4 d) Östrogene, Einzelstoffe:

Chlorotrianisen, Ethinylestradiol, Fosfestrol, Polyestradiol

4 e) Androgene:

Tesolacton

5. Antiallergika:

Bienengift, Wespengift

6. Virustatika:

Abacavir, Atazanavir, Cidofovir, Darunavir, Didanosin, Efavirenz, Emtricitabin, Enfuvirtid, Fomivirsen, Fosamprenavir, Foscarnet, Ganciclovir, Indinavir, Lamivudin, Lopinavir, Nelfinavir, Nevirapin, Raltegravir, Ritonavir, Saquinavir, Stavudin, Tenofovir, Tipranavir, Valganciclovir, Zidovudin, Zalcitabin

7. Besondere antibiotische Chemotherapeutika:

Atovaquon, Dapson, Ethambutol, Imiquimod, Isoniazid, Pentamidin, Prothionamid, Pyrazinamid, Pyrimethamin, Rifabutin, Rifampicin, Streptomycin, Terizidon

8. Antihypoglykämika:

Diazoxid, Glucagon

9. Antifibrinolytika:

4-Aminomethyl-benzoesäure,
Tranexamsäure

10. Orale Antikoagulantien:

Phenprocoumon, Warfarin

11. Enzyminhibitoren:

Antithrombin

12. Hämostypika, Antihämorrhagika: Blutgerinnungsfaktoren I, II, VII, VIII, IX, X, XIII; Blutgerinnungsfaktoren bei Hemmkörperperhämophilie (FEIBA)

13. Parkinsonmittel

13 a) Anticholinergika:

Benzatropin, Biperiden, Bornaprin, Bromocriptin, nur Indikation Morbus Parkinson, Lisurid, nur Indikation Morbus Parkinson, Metixen, Pridinol, Procyclidin, Trihexyphenidyl

13 b) Dopaminerge Antiparkinsonmittel:

Amantadin, nur Indikation Morbus Parkinson, Cabergolin, nur Indikation Morbus Parkinson, Alpha-Dihydroergocryptin, Levodopa, Pergolid, Piribedil, Pramipexol, Ropinirol, Rotigotin

13 c) Kombinationen:

Levodopa + Benserazid, Levodopa + Carbidopa

13 d) COMT-Hemmer/Kombinationen:

Entacapon, Entacapon + Levodopa + Carbidopa, Tolcapon

13 e) Antihyperkinetika:

Tiaprid

13 f) MAO-Hemmer:

Rasagilin, Selegilin

13 g) Sonstige Antiparkinsonmittel:

Budipin

14. Sera, Immunglobuline, Impfstoffe: Immunglobuline vom Menschen mit Antikörper gegen: CMV, Rhesus (D), Hepatitis A, Röteln, Hepatitis B, Tetanus, Masern, Tollwut, Varizellen

15. Schilddrüsentherapeutika, chemisch definierte Thyreostatika:

Carbimazol, Methylthiouracil, Propylthiouracil, Thiamazol, Perchlorat

16. Myotonolytika:

Baclofen nur intrathekal

17. Weitere Wirkstoffe:

Alglucosidase alfa, Alprostadil, Anagrelid, Botulinumtoxin A+B, Idursulfase, Riluzol

Indikationsliste

20.1 Arzneimittel zur Therapie des Morbus Gaucher

- 20.2** Arzneimittel zur hormonellen Behandlung und In-vitro-Fertilisation bei Sterilität
 - 20.3** Arzneimittel zur Therapie der Multiplen Sklerose
 - 20.4** Interferone zur Therapie der Hepatitis B und Hepatitis C und parenteralen Chemotherapie
 - 20.5** Arzneimittel zur oralen Therapie der Hepatitis B und der Hepatitis C
 - 20.6** Arzneimittel zur Therapie der Mukoviszidose
 - 20.7** Arzneimittel zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach NUB-Richtlinien
 - 20.8** Wachstumshormonbehandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
 - 20.9** Parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten als Rezepturzubereitung
 - 20.10** Immunologisch wirksame Arzneimittel zur Behandlung des rheumatischen Formenkreises, von chron. entzündlichen Darmerkrankungen und der schwerwiegenden Psoriasis
 - 20.11** Agalsidase-Beta-Präparate zur Behandlung des Morbus Fabry
 - 20.12** Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration
 - 20.13** Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege.
 - 20.14** Arzneimittel zur Therapie der gesicherten Mucopolysaccharidose
 - 20.15** Arzneimittel zur Behandlung des Alpha-1-Antitrypsinmangels
 - 20.16** Arzneimittel zur parenteralen und oralen Hyposensibilisierung
 - 20.17** Arzneimittel zur Therapie der Pulmonalen arteriellen Hypertonie (PAH)
 - 20.18** Arzneimittel zur Behandlung des Zytostatikaerbrechens
 - 20.19** Parenterale Ernährung
 - 20.20** Enterale Ernährung
-