

Prüfungsvereinbarung

Über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern gemäß § 106 Abs. 1 Satz 2 und § 106b Abs. 1 Satz 1 SGB V

zwischen

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

- handelnd als Landesverband - ,

dem BKK Landesverband Bayern,

der IKK classic

- handelnd als Landesverband - ,

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,**

der Knappschaft

- Regionaldirektion München -

und den Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse

BARMER GEK

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

einerseits

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

andererseits

**in der Fassung des Beschlusses des Landesschiedsamtes für die
vertragsärztliche Versorgung in Bayern vom 03.11.2016**

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	2
I. PRÜFUNGSSTELLE UND BESCHWERDEAUSSCHUSS.....	5
§ 1 Geltungsbereich.....	5
§ 2 Grundsätze	5
§ 3 Einrichtungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	6
§ 4 Kosten	8
§ 5 Vorsitzender des Beschwerdeausschusses	8
II. VERFAHREN VOR DER PRÜFUNGSSTELLE UND DEM BESCHWERDEAUSSCHUSS, WIDERSPRUCHSVERFAHREN.....	9
§ 6 Prüfung von Amts wegen und Antragsverfahren	9
§ 7 Verfahren vor der Prüfungsstelle	10
§ 8 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss	11
§ 9 Widerspruchsverfahren.....	12
§ 10 Bescheiderteilung und -vollzug	13
III. VERFAHREN ZUR PRÜFUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG	14
§ 11 Prüfungsarten und -verfahren.....	14
§ 12 Prüfmethoden	15
1. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG ÄRZTLICHER LEISTUNGEN.....	16
§ 13 Stichprobenprüfung der Behandlungsweise	16
(Zufälligkeitsprüfung)	16
§ 14 Auffälligkeitsprüfung der Behandlungsweise	17
(nach Durchschnittswerten)	17
§ 15 Einzelfallprüfung der Behandlungsweise	18
2. PRÜFUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT ÄRZTLICH VERORDNETER LEISTUNGEN	19
§ 16 Wirkstoffprüfung bei ärztlich verordneten Arzneimitteln.....	19
(Auffälligkeitsprüfung)	19
§ 17 Arzneimittelprüfung.....	19
(qualifizierte Auffälligkeitsprüfung)	19
§ 18 Prüfung von Verordnungen in der Anwendungsbeobachtung	20
§ 19 Heilmittelsteuerungsprüfung	20
(Auffälligkeitsprüfung)	20
§ 20 Heilmittelprüfung.....	20
(qualifizierte Auffälligkeitsprüfung)	20
§ 21 Prüfung des Sprechstundenbedarfs nach Einzelposten	21
§ 22 Einzelfallprüfung der besonderen Verordnungsbedarfe Heilmittel.....	21

§ 23 Einzelfallprüfung der Verordnungsweise	22
§ 24 Prüfung in sonstigen Einzelfällen.....	22
§ 25 Beratung vor Festsetzung eines Nachforderungsbetrags.....	23
§ 26 Feststellung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten besonderen Verordnungsbedarfen	bzw. 25
3. VERFAHREN IN BESONDEREN FÄLLEN.....	26
§ 27 Prüfung unzulässiger Verordnungen	26
4. VERTEILUNG UND VOLLZUG SOWIE BAGATELLGRENZEN	26
§ 28 Aufteilung und Vollzug	26
§ 29 Mindestgrenzen	27
§ 30 Geringfügigkeitsgrenzen.....	27
IV. SCHLUSSBESTIMMUNGEN	27
§ 31 Beauftragung der Prüfungseinrichtungen	27
§ 32 Salvatorische Klausel	28
§ 33 Inkrafttreten.....	28
§ 34 Kündigung	28
V. PROTOKOLLNOTIZEN.....	29
P 1) zu § 6 Abs. 3:	29
P 2) zu § 27 Abs. 1 Satz 4:	29
P 3) Beatmungspflichtige Patienten.....	29
P 4) zu III., Ziffer 2, der Prüfungsvereinbarung „Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen“:	29
P 5) Heilmittelsteuerung zu § 19.....	29
P 6) Protokollnotiz zu den Anlagen zur Prüfungsvereinbarung.....	30
ANLAGEN	31
Anlage 1 - Sachverständige.....	31
Anlage 2 - Prüfgruppen / Fachgruppen.....	32
2a) Arzneimittel.....	32
2b) Heilmittel.....	33
2c) Stichprobenprüfung	34
Anlage 3 - Listen und Unterlagen	35
3a) Statistik über die Verordnung von Arzneimitteln.....	35
3b) Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel	35
3c) Statistik über die Verordnung von Heilmitteln.	36
3d) Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel	37
Anlage 4 – Datensatzbeschreibungen	38
4a) Datensatzbeschreibungen Arzneimittel	38
4b) Datensatzbeschreibungen Heilmittel	38
Anlage 5 - Verteiler von Auswahllisten und Statistiken.....	39
Anlage 6 – Prüfgruppen und Durchschnittswerte	40
Anlage 7 – Leistungsgruppen	43
Anlage 8 – Gesamtübersicht	44
Anlage 9 – Häufigkeitsstatistik.....	50

Anlage 10 - Prüfung ärztlicher Verordnungsweise Arzneimittel (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung) gem. § 17 PV.....	55
Anlage 11 - Prüfung ärztlicher Verordnungsweise Heilmittel (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung) gem. § 20 PV.....	57
Anlage 12 - Verordnungsstatistiken.....	58
Anlage 13 - Auswahllisten und Entwicklung Verordnungswerte.....	59
Anlage 14 - Verteiler Statistiken.....	60
Anlage 15 - Erweiterter Einzelfallnachweis.....	61
Anlage 16 – PZN Statistik.....	62
Anlage 17 – ATC Statistik.....	63
Anlage 18 - Datensatzbeschreibung.....	64

I. Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss

§ 1 Geltungsbereich

(1) ¹Diese Vereinbarung gilt für alle bayerischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, ermächtigten Ärztinnen und Ärzte, gem. § 95 SGB V zugelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, gem. § 95 SGB V zugelassenen Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, ärztlich geleiteten Einrichtungen (Medizinische Versorgungszentren, Notfallambulanzen an Krankenhäusern), ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie sämtliche (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften aus diesen Gruppen (im folgenden Praxis genannt). ²Als Praxis im Sinne dieser Vereinbarung gelten nicht Einrichtungen nach § 117 SGB V, Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V sowie Medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V.

(2) Soweit in dieser Vereinbarung der Begriff „ärztlich“ verwendet wird, gilt dieser Begriff entsprechend für vorgenannte Psychotherapeuten.

(3) ¹Zufälligkeitsprüfungen sowie Auffälligkeitsprüfungen finden für Prüfgruppen innerhalb einer Praxis statt. ²Die Zuordnung der Personen mit einer neunstelligen Arztnummer gemäß der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern (Vertragsärzte) zu den Prüfgruppen erfolgt anhand der letzten beiden Stellen der LANR. ³Abweichungen im Einzelfall zur Zuordnung der LANR, die auf eine Entscheidung der Zulassungsgremien zurückgehen, werden zwischen den Vertragspartnern abgestimmt. ⁴Dies gilt auch für in fach- und/oder bereichsübergreifenden (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften bzw. in Medizinischen Versorgungszentren tätige zugelassene und angestellte Ärzte. ⁵Innerhalb dieser (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft bzw. dieses Medizinischen Versorgungszentrums werden die Arzneimitteldaten der Vertragsärzte identischer Prüfgruppen aggregiert. ⁶Weiteres ist in der Anlage 3 geregelt.

§ 2 Grundsätze

(1) ¹Über die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bei GKV-Versicherten und ihnen gleichgestellten Personen (z.B. Personenkreis nach § 264 SGB V) entscheiden die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nach § 3 unter Beachtung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen. ²Die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung wird durch Beratungen und Prüfungen überwacht. ³§ 106 b Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V ist zu beachten. ⁴Bei KV-übergreifender Berufsausübung richtet sich die Zuständigkeit nach der KV-übergreifenden Berufsausübungs-Richtlinie gem. § 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V.

(2) 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.

(3) Stellen 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 Vertragspartner zu unterrichten.

(4) ¹Stellen die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss geringfügige Unkorrektheiten in der Abrechnung einer Praxis 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 gesonderten Schreiben mit detaillierter Begründung der Falschabrechnung ggf. für jede einzelne Gebührenordnungsnummer. ³Für nicht geringfügige Unkorrektheiten gilt § 11 Abs. 3.

(5) 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.

§ 3 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. ³Im Übrigen gilt der Vertrag zwischen KVB und Krankenkassen zur Fortsetzung der Arbeitsgemeinschaft Abrechnungsprüfung gem. § 106d Abs. 5 SGB V sowie zur Erweiterung ihrer Aufgaben in der jeweils geltenden Fassung.

(3) ¹Die Prüfungsstelle entscheidet eigenverantwortlich, ob die Praxis 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 der Krankenkassen, die Vertreter der KVB

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 Krankenkassen und der KVB sowie einem unparteiischen Vorsitzenden. ²Der Beschwerdeausschuss ist auch beschlussfähig, wenn nach ordnungsgemäßer Ladung mindestens zwei Vertreter auf Seiten der Krankenkassen bzw. der KVB und der unparteiische Vorsitzende anwesend sind. ³Mitglieder 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 Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden. ³Stimmenthaltung ist nicht zulässig.

(7) ¹Ein ärztliches Mitglied darf bei der Überprüfung seiner eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit nicht als Mitglied mitwirken. ²Das gleiche gilt für Ärzte, die mit dem in Satz 1 benannten 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.

§ 4 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.

§ 5 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 Beschwerdeaus- schuss, Widerspruchsverfahren

§ 6 Prüfung von Amts wegen und Antragsverfahren

(1) Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Amts wegen oder auf Antrag.

(2) ¹Eine Prüfung von Amts wegen wird eingeleitet

a) wenn aufgrund der Wirkstoffvereinbarung gem. § 16 eine Prüfung durchgeführt werden muss (Auffälligkeitsprüfung),

b) wenn aufgrund der Regelungen zur Heilmittelsteuerung gem. § 19 eine Prüfung durchgeführt werden muss (Auffälligkeitsprüfung),

c) bei ärztlicher Behandlungsweise gem. § 14 (Auffälligkeitsprüfung)

d) wenn aufgrund einer Stichprobenprüfung der ärztlichen Behandlungsweise gem. § 13 eine Prüfung durchgeführt wird (Zufälligkeitsprüfung),

e) bei Vertragsärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind (vgl. § 18).

²Im Vorfeld von Prüfungen sondieren die Vertragspartner gemeinsam mit dem Ziel, Empfehlungen an die Prüfungsstelle abzugeben. ³Die Kriterien zur Prüfung, insbesondere zur Mengensteuerung der Anzahl der Verfahren werden gesondert bei jeweiligen Prüfgegenständen festgelegt.

(3) ¹Eine Prüfung auf Antrag wird eingeleitet

a) bei Arzneiverordnungen, die von der Wirkstoffvereinbarung nicht erfasst werden gem. § 17 (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung)

b) bei Heilmittelverordnungen, die von der Heilmittelsteuerung nicht erfasst werden gem. § 20 (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung)

²Im Vorfeld von Prüfungen sondieren die Vertragspartner gemeinsam mit dem Ziel, Empfehlungen an die Prüfungsstelle abzugeben. ³Welche Prüffelder angewendet werden, wird in den Sondierungsgesprächen festgelegt.

(4) ¹Die Prüfungsstelle bereitet die Auswahllisten (Auflistung aller auffälligen oder zufällig ausgewählten Ärzte) für die Sondierungen auf und versendet die Listen spätestens 6 Wochen nach Ende der Datenlieferungsfrist gem. Anlage 3 Absatz 1 der Vereinbarung

bzw. wenn alle Kassenarten geliefert haben an die Vertragspartner. ²Die Sondierungslisten sind von der Prüfungsstelle insbesondere mit einem Vorschlag zu versehen, ob eine weitere Prüfung angezeigt ist (begründete Entscheidungsvorschläge), zudem mit einer Prüfhistorie, bekannten und erkennbaren Praxisbesonderheiten, Zielverfehlungen aus Wirkstoffvereinbarung und Heilmittelsteuerung sowie im Falle der Stichprobenprüfung mit sonstigen Besonderheiten. 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. ⁶Die Teilnahme der Vertragspartner an der Sondierungssitzung ist nicht verpflichtend.

(5) ¹Einzelfallanträge müssen die betroffene Praxis, den Prüfungsgegenstand und das Quartal bezeichnen. ²Der Antrag ist mit den erforderlichen Daten bei der Prüfungsstelle einzureichen. ³Die in dieser Prüfungsvereinbarung geregelten Antragsfristen gelten nicht für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 5 Abs. 3 der Richtlinien zur Abrechnungsprüfung gem. § 106 d Abs. 6 SGB V.

§ 7 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 bzw. auf der Grundlage der Anlage 6 des BMV-Ä (DTA-V) bzw. dieser Vereinbarung 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 § 6 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 4 – über die Festsetzung von Maßnahmen. ³Die Prüfungsstelle kann hierzu geeignete Sachverständige hinzuziehen.

§ 8 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, der Prüfbescheide und Widersprüche, einschlägigen Statistiken und Auswertungen zur Prüfungsart sowie zusätzlich zur Verfügung stehende Daten und Informationen (Sitzungsunterlagen) 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 für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen die Sitzungsunterlagen auf und versendet diese an die Mitglieder des Beschwerdeausschusses.

(5) Nimmt ein Mitglied des Beschwerdeausschusses nicht selbst an der Sitzung teil, obliegt es ihm, die Einladung und die Sitzungsunterlagen 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) ¹Über jedes Verfahren einer Sitzung des Beschwerdeausschusses ist eine Niederschrift, insbesondere über die persönliche Anhörung und über den getroffenen Feststellungen zum Sachverhalt, anzufertigen, die den Anforderungen des § 122 SGG entspricht, welche Bestandteil der Verfahrensakte ist und von den Verfahrensbeteiligten eingesehen werden kann. ²Verfahrensbeteiligte und/oder Beschwerdeausschussmitglieder haben die Möglichkeit, konkrete Sachverhaltsfeststellungen und/oder rechtliche Würdigungen protokollieren zu lassen. ³Konkrete Vergleichsvorschläge sind zu protokollieren.

§ 9 Widerspruchsverfahren

(1) ¹Die am Verfahren Beteiligten sowie die für die Abwicklung des Sprechstundenbedarfs verantwortliche Stelle namens und im Auftrag der kassenseitigen Vertragspartner können gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle Widerspruch zum Beschwerdeausschuss erheben. ²In Verfahren nach § 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20 und in sonstigen statistischen Verfahren wirkt der Widerspruch einer Krankenkasse oder eines Landesverbandes gegen einen Prüfbescheid 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 diese Verfahren nicht, wenn nicht die gesamte Behandlungs- oder Verordnungsweise des Arztes in einem bestimmten Zeitraum betroffen ist.

(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 § 8 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. ³Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) Über einen Widerspruch ist innerhalb von 6 Monaten nach Ablauf der Widerspruchsfrist durch den Beschwerdeausschuss zu entscheiden.

(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 Widerspruches 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 (§ 27 Abs. 1), 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.

§ 10 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 sind innerhalb von 2 Jahren nach Ende des Prüfungszeitraumes, im Falle von Prüfungen nach § 27 innerhalb von 6 Monaten nach Antrags-
eingang bekannt zu geben. ²Die Bescheide des Beschwerdeausschusses sollen spätestens drei Monate nach Beschlussfassung bekannt gegeben werden.

(3) ¹Sobald Kürzungs- und Nachforderungsbetrags-Entscheidungen der Prüfungsstelle bzw. des Beschwerdeausschusses zu vollziehen sind, leitet die Prüfungsstelle Buchungsanweisungen zur Belastung des Praxiskontos 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 die Praxis die Rückzahlung nicht ohne Gefährdung der Praxisexistenz leisten, trifft die KVB mit der Praxis 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 Fälligkeit 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

§ 11 Prüfungsarten und -verfahren

(1) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss beurteilen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung aller ärztlich verordneter, veranlasster und erbrachter Leistungen durch arztbezogene Prüfung

1. ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise)
 - 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 in Einzelfällen
 - 1.3 nach Durchschnittswerten
2. ärztlich verordneter Arzneimittel
 - 2.1 im Falle des Abschnitts 4 der Wirkstoffvereinbarung (Auffälligkeitsprüfung)
 - 2.2 in Form einer qualifizierten Auffälligkeitsprüfung
 - 2.3 in Einzelfällen
 - 2.4 bei Vertragsärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind
3. ärztlich verordneter Heilmittel
 - 3.1 bei Notwendigkeit einer Prüfung im Rahmen der Heilmittelsteuerung (Auffälligkeitsprüfung) ohne Ergo-, Logo- und Podologie
 - 3.2 in Form einer qualifizierten Auffälligkeitsprüfung
 - 3.3 in Einzelfällen
4. Sprechstundenbedarf in Einzelposten
5. der sonstigen verordneten Leistungen in Einzelfällen
6. des Sonstigen Schadens gem. § 48 Abs. 1 BMV-Ä

(2) ¹Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch die Praxis nach Abs. 1 Nrn. 1.1, 1.3, 2.1, 2.2, 3.1 und 3.2 erfolgt anhand der nach Anlage 6 der Prüfvereinbarung zugeordneten Prüfgruppen. ²Im Prüfungsverfahren nach Abs. 1 Nrn. 1.1, 1.3, 2.1, 2.2, 3.1 und 3.2 ist die gesamte Tätigkeit der Praxis in allen ihm zugeordneten Prüfgruppen zu berücksichtigen. ³Hierbei sind die zum Zeitpunkt des Prüfungsverfahrens vorliegenden Daten über veranlasste Leistungen – ggf. aus Vorquartalen – beizuziehen. ⁴Sie umfassen bei Prüfverfahren nach Abs. 1 Nr. 1.1 neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen (ärztliche Leistungen), auch Angaben über die Häufigkeit der Überweisungen, 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. ⁵Für Prüfverfahren nach Abs. 1 Nr. 1.1 werden Prüfungen für einen Prüfzeitraum von einem Jahr durchgeführt, in der Regel das Prüfquartal und die drei vorangegangenen Quartale. ⁶Für Prüfverfahren nach Abs.1 Nr. 2.2, und 3.2 liefern die Krankenkassen und die KVB möglichst frühzeitig, spätestens bis Ende des 10. Monats nach Quartalsende Daten für Arzneimittel und Heilmittel an die Prüfungsstelle.

(3) ¹Ergibt sich im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung die Notwendigkeit einer über § 2 Abs. 4 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 über die Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V zurück zu stellen. ⁴In diesen Fällen gilt § 9 Abs. 6 und § 10 Abs. 2 nicht. ⁵Die betroffene(n) Krankenkasse(n) oder die betroffenen Landesverbände sind hiervon zu unterrichten.

(4) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 1 Nrn. 2.1 und 3.1 findet prüfgruppenspezifisch auf der Grundlage von Zielen aus der Wirkstoffvereinbarung soweit in der Wirkstoffvereinbarung nicht Abweichendes geregelt ist, oder nach Zielen der Heilmittelsteuerung statt.

(5) Gemäß § 106 Abs. 5 SGB V gelten die Abs. 1 bis 4 auch für die am Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen.

§ 12 Prüfmethoden

¹Für Prüfungen nach § 11 Absatz 1 Nrn. 1.1, 1.3, 2.1, 2.2, 3.1 und 3.2 bedienen sich die Prüfungsstelle bzw. der Beschwerdeausschuss statistischer bzw. repräsentativer Prüfmethoden, die geeignet sind, unwirtschaftliche ärztliche Leistungen bzw. ärztlich verordnete Leistungen zu verifizieren und zu bewerten. ²Insbesondere können einzeln oder in Kombination

1. arithmetischer Fallwertvergleich
2. Vertikalvergleich
3. beispielhafte Einzelfallprüfung
4. (repräsentative) Einzelfallprüfung
5. Soll-Ist-Abgleich

zur Anwendung kommen.

1. Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

§ 13 Stichprobenprüfung der Behandlungsweise (Zufälligkeitsprüfung)

(1) ¹Die Auswahl der nach § 106a Abs. 1 Satz 1 SGB V in die Stichprobenprüfung einzubeziehenden Vertragsärzte (mindestens 2 vom Hundert je Quartal) erfolgt nach dem Zufallsprinzip. ²Die Vertragspartner gehen davon aus, dass 2 vom Hundert der Vertragsärzte ausreichend sind. ³Die Prüfung erfolgt gemäß § 106a SGB V in Verbindung mit den Richtlinien zur Durchführung der Stichprobenprüfungen (§ 106a Absatz 3 SGB V) und umfasst gem. § 106a Abs. 1 Satz 2 SGB V neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen, Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwendige medizin-technische Leistungen. ⁴Die Auswahl erfolgt nach den in Anlage 6 benannten Prüfgruppen, soweit die Prüfungsstelle nicht nach objektiven Kriterien (z. B. Fachgruppe, Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung etc.) die Auswahl auf speziellere Gruppen beschränkt. ⁵Eine Stichprobenprüfung wird 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 Behandlungsweise 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 erkennen lassen, wird der Prüfungsstelle von den Teilnehmern am Sondierungsgespräch nach § 6 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 4 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 Vertragspartner können im Rahmen der Prüfungsvorbereitung auf der Grundlage der übermittelten Daten Anregungen zu Prüfungszielen oder Prüfungsempfehlungen abgeben. ²Als Prüfmethoden kommen in Betracht:

- a) Einzelfallprüfung und repräsentative Einzelfallprüfung nach Maßgabe vorher festgelegter Prüfungsgegenstände
- b) Vertikalvergleich, soweit der Prüfungsgegenstand es zulässt.
- c) arithmetischer Fallwertvergleich
- d) Soll-Ist-Abgleich

(7) ¹Die Ergebnisse der Stichprobenprüfung können Veranlassung geben, eine Prüfung nach § 106d SGB V durchzuführen. ²Die Prüfungsstelle übermittelt entsprechende Erkenntnisse an die Vertragspartner. ³§ 11 Abs. 3 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(8) Sachverhalte, die bereits Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach einer anderen Prüfungsart bzw. -methode oder einer Abrechnungs- oder Qualitätsprüfung gewesen sind, sind nicht Gegenstand der Stichprobenprüfung.

§ 14 Auffälligkeitsprüfung der Behandlungsweise (nach Durchschnittswerten)

(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 6 bis 9 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 Vergütungsanforderung 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.

§ 15 Einzelfallprüfung der Behandlungsweise

(1) Auf Antrag eines der Vertragspartner oder von Amts wegen als Folge einer Stichprobenauswahl prüft die Prüfungsstelle, ob die Praxis 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 und kann sich rückwirkend auf bis zu vier unmittelbar auf einander folgende Quartale erstrecken.

(3) ¹Der Antrag ist zu begründen. ²Der Begründung sind alle zur Beurteilung erforderlichen Daten beizufügen. ³§ 6 Abs. 5 gilt entsprechend.

(4) Soweit die Prüfungsstelle eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat, setzt sie die Honorarkürzung fest, sofern sie eine gezielte Beratung für nicht ausreichend hält.

2. Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen

§ 16 Wirkstoffprüfung bei ärztlich verordneten Arzneimitteln (Auffälligkeitsprüfung)

¹Die Wirkstoffprüfung wird bei Vorliegen der in der Wirkstoffvereinbarung vereinbarten Voraussetzungen durchgeführt. ²Das Nähere zur Wirkstoffprüfung regelt die Wirkstoffvereinbarung. ³Für das Verfahren der Wirkstoffprüfung gilt die Prüfungsvereinbarung, soweit in der Wirkstoffvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist.

§ 17 Arzneimittelprüfung (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung)

(1) ¹Prüfungsgegenstand ist je Quartal die Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise von Arznei- und Verbandmitteln für die Ordnungen, die von der Wirkstoffprüfung nach § 16 nicht erfasst werden. ²Diese Prüfung findet darüber hinaus auf alle Ordnungen von Arznei- und Verbandmittel Anwendung, sofern die Wirkstoffvereinbarung nicht mehr fortgesetzt wird bzw. beendet ist.

(2) ¹Für die Ermittlung einer Auffälligkeit bei der ärztlichen Ordnungsweise von Arznei- und Verbandmitteln nach Abs. 1 werden von der Prüfungsstelle die Prüffelder und Aufgreifkriterien nach Anlage 10 zu Grunde gelegt. ²Für die hierbei ermittelten Ärzte werden von den Vertragspartnern Sondierungsgespräche geführt. ³In diesen Sondierungsgesprächen wird beraten, ob und ggf. welche Prüffelder Anwendung finden sollen.

(3) ¹Die Prüfung findet auf Antrag aller Vertragspartner, eines oder mehrerer Vertragspartner oder einer Krankenkasse statt. ²Ein Antrag auf Prüfung der Ordnungsweise von Arznei- und Verbandmitteln ist spätestens innerhalb eines Monats nach Durchführung des Sondierungsgesprächs nach Abs. 2 zu stellen. ³Der Antrag ist unter Berücksichtigung der Prüffelder zu begründen.

(4) Soweit erforderliche Daten einzelner Krankenkassen, der Prüfungsstelle nicht oder nicht im vereinbarten Umfang vorliegen, sind Nachforderungsbeträge für diese nicht zu vollziehen.

(5) §§ 25 und 26 gelten entsprechend.

§ 18 Prüfung von Verordnungen in der Anwendungsbeobachtung

1Die Prüfungsstelle hat von Amts wegen Vertragsärzte zu prüfen, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind. 2Dazu stellt die Prüfungsstelle zunächst fest, welche Arzneimittel der Vertragsarzt im Rahmen der Anwendungsbeobachtung seit seiner Teilnahme an Untersuchungen nach § 67 des Arzneimittelgesetzes verordnet hat. 3Gibt es für diese Arzneimittel wirtschaftlichere Alternativen, ist für die Preisdifferenz zwischen den verordneten Arzneimitteln und der wirtschaftlichsten Alternative ein Nachforderungsbetrag festzusetzen. 4Dazu liefern die kassenseitigen Vertragspartner an die Prüfungsstelle je Kassenart und Quartal eine durchschnittliche Rabattquote. 5Die Krankenkassen unterstützen die Prüfungsstelle auf Anfrage bei der Ermittlung wirtschaftlicher Alternativen.

§ 19 Heilmittelsteuerungsprüfung (Auffälligkeitsprüfung)

derzeit nicht besetzt

§ 20 Heilmittelprüfung (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung)

(1) 1Prüfungsgegenstand ist je Quartal die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise von Heilmitteln, insbesondere für die Verordnungen, die von der Heilmittelsteuerungsprüfung nach § 19 nicht erfasst werden. 2Diese Prüfung findet darüber hinaus auf alle Heilmittelverordnungen Anwendung, sofern die Heilmittelsteuerungsprüfung nach § 19 vertraglich nicht zustande kommt, nicht mehr fortgesetzt wird bzw. beendet ist. 3Die Prüfung findet auf Antrag eines Vertragspartners, einer Krankenkasse oder von Amts wegen als Folge einer Stichprobenauswahl statt.

(2) 1Für die Beurteilung einer Auffälligkeit bei der Verordnung von Heilmitteln werden zunächst von der Prüfungsstelle die Verordnungswerte in Euro aller Ärzte einer Prüfgruppe für alle dieser Vereinbarung unterliegenden Krankenkassen zusammengefasst. 2Danach werden von der Prüfungsstelle die Ärzte ermittelt, die den statistischen Mittelwert der Prüfgruppe um mehr als 50 % überschreiten. 3Für die hierbei ermittelten Ärzte werden von den Vertragspartnern Sondierungsgespräche geführt. 4In diesen Sondierungsgesprächen wird beraten, ob und ggf., welche Prüffelder Anwendung finden. 5Das Nähere hierzu wird in Anlage 11 geregelt.

(3) 1Die Prüfung findet auf Antrag aller Vertragspartner, eines oder mehrerer Vertragspartner oder einer Krankenkasse statt. 2Ein Antrag auf Prüfung der Verordnungsweise

von Heilmitteln ist spätestens innerhalb eines Monats nach Durchführung des Sondierungsgesprächs nach Abs. 2 zu stellen. ³Der Antrag ist unter Berücksichtigung der Prüffelder gem. Anlage 11 zu begründen.

(4) Soweit erforderliche Daten einzelner Krankenkassen der Prüfungsstelle nicht oder nicht im vereinbarten Umfang vorliegen, sind Nachforderungsbeträge für diese nicht zu vollziehen.

(5) §§ 25 und 26 gelten entsprechend.

§ 21 Prüfung des Sprechstundenbedarfs nach Einzelposten

(1) ¹Auf Antrag der für die Abwicklung des Sprechstundenbedarfs verantwortlichen Stelle namens und im Auftrag der kassenseitigen Vertragspartner prüft die Prüfungsstelle, ob die Praxis bei Einzelposten gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat. ²Im Sinne der Sprechstundenbedarfsvereinbarung unzulässig verordneter Sprechstundenbedarf (§ 27) ist nicht Prüfgegenstand der Prüfung nach § 21.

(2) Der Antrag soll zur Verfahrensbeschleunigung innerhalb von zehn Monaten nach Ablauf des letzten Ordnungsquartals der Prüfungsstelle vorliegen und kann sich rückwirkend auf bis zu vier unmittelbar auf einander folgende Quartale erstrecken.

(3) Der Antrag ist zu begründen; ihm sind alle zur Beurteilung erforderlichen Daten beizufügen.

(4) Soweit die Prüfungsstelle eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat, setzt sie einen Nachforderungsbetrag fest.

(5) Gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle können die Verfahrensbeteiligten Widerspruch zum Beschwerdeausschuss erheben.

§ 22 Einzelfallprüfung der besonderen Verordnungsbedarfe Heilmittel

Die Prüfungsstelle prüft auf Antrag der Krankenkasse oder der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns oder stichprobenweise auf Basis der ihr vorliegenden Daten die als besondere Verordnungsbedarfe gemäß der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V gekennzeichneten Verordnungen auf ihre Plausibilität, insbesondere hinsichtlich der indikationsgerechten Ausstellung der Verordnung und der Plausibilität der nach § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V übermittelten (codierten) Diagnosen.

§ 23 Einzelfallprüfung der Verordnungsweise

(1) ¹Auf Antrag eines oder mehrerer Vertragspartner oder einer oder mehrerer Krankenkasse(n) prüft die Prüfungsstelle, ob die Praxis 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 rückwirkend auf bis zu vier unmittelbar auf einander folgende Quartale erstrecken.

(3) ¹Der Antrag ist zu begründen; ihm sind alle zur Beurteilung erforderlichen Daten beizufügen. ²§ 6 Abs. 5 gilt entsprechend.

(4) Soweit die Prüfungsstelle eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat, setzt sie einen Nachforderungsbetrag fest, sofern sie eine gezielte Beratung für nicht ausreichend hält.

(5) Gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle können die Verfahrensbeteiligten Widerspruch zum Beschwerdeausschuss erheben.

§ 24 Prüfung in sonstigen Einzelfällen

(1) ¹Auf 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 die Praxis im Einzelfall

a) bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit,

b) bei der Veranlassung von Auftragsleistungen, insbesondere aufwändiger medizinisch-technischer Leistungen,

c) bei Überweisungen oder

d) gem. § 48 Abs. 1 BMV-Ä

e) bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung

gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat. ²Für sonstige Verordnungen, die durch die Krankenkassen genehmigt wurden, sind Einzelfallprüfungen nur durchzuführen, sofern begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des Ordnungsverhaltens im jeweiligen Ordnungsbereich bestehen.

(2) ¹Stellt die Prüfungsstelle im Rahmen der Prüfung nach Absatz 1 bzw. nach § 106a Abs. 1 SGB V fest, dass die Praxis 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 zu prüfenden Quartals gestellt werden und kann sich rückwirkend auf bis zu vier unmittelbar auf einander folgende Quartale erstrecken. ²Dem Antrag sind alle zur Beurteilung erforderlichen Daten beizufügen. ³§ 6 Abs. 5 gilt entsprechend.

(4) ¹Soweit die Prüfungsstelle eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat, setzt sie einen Nachforderungsbetrag fest. ²Dies gilt nicht für die Prüfung der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit.

(5) Gegen Entscheidungen der Prüfungsstelle können die Verfahrensbeteiligten Widerspruch zum Beschwerdeausschuss erheben.

§ 25 Beratung vor Festsetzung eines Nachforderungsbetrags

(1) ¹Liegt im Rahmen einer statistischen Prüfung (Auffälligkeitsprüfung) ärztlich verordneter Leistungen nach Abzug von Praxisbesonderheiten bzw. besonderen Verordnungsbedarfen und vollständiger Prüfung erstmalig eine Auffälligkeit vor, erfolgt im Bescheid anstelle der Festsetzung eines Nachforderungsbetrags die Festsetzung einer individuellen Beratung nach § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V und nach § 4 und § 5 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V. ²Eine erstmalige Auffälligkeit bei statistischen Prüfungen liegt vor, wenn die Voraussetzungen dafür nach den Rahmenvorgaben erfüllt sind. ³Die Maßnahme der individuellen Beratung nach § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V und nach § 4 und § 5 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V wird von der Prüfungsstelle vollzogen, findet in einem persönlichen Gespräch (auf Wunsch der Praxis auch fernmündlich) statt und soll zeitnah erfolgen. ⁴Lehnt die Praxis eine individuelle Beratung ab oder nimmt diese nicht wahr, stellt die Prüfungsstelle in einem Feststellungsbescheid fest, dass die Praxis als beraten im Sinne des § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V gilt. ⁵Die individuelle Beratung erfolgt frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheids. ⁶Die Beratung bezieht sich auf die Prüfgruppe in der Praxis und gilt für jeden Prüfbereich bzw. Zielbereich gesondert. ⁷Kommt in die Prüfgruppe in der Praxis ein bisher noch nicht beratener Vertragsarzt hinzu, gilt die Prüfgruppe in der Praxis weiterhin als beraten. ⁸Kommt ein bereits beratener Vertragsarzt in eine bisher noch nicht beratene Prüfgruppe in der Praxis, gilt diese auch weiterhin als nicht beraten. ⁹Weitere in Betracht kommende Konstellationen entscheiden die Vertragspartner. ¹⁰Die Prüfungsstelle kann zur Durchführung der individuellen Beratung einen ärztlichen Sachverständigen bzw. einen Sachverständigen aus dem pharmakologischen oder pharmazeutischen Bereich hinzuziehen.

(2) ¹Die Beratung hat zum Ziel, der Praxis sowohl Einsparpotentiale als auch Praxisbesonderheiten bzw. besondere Ordnungsbedarfe auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen verordneten oder veranlassten Leistungen aufzuzeigen sowie die Praxis über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung zu beraten. ²Sie soll es der Praxis ermöglichen, das Ordnungsverhalten so umzustellen, dass künftig Prüfungen in dem Ordnungsbereich, in dem beraten wurde, nicht mehr erforderlich sind. ³Dazu sind die Einsparpotentiale und vorhandene Praxisbesonderheiten bzw. besonderen Ordnungsbedarfe detailliert und mengenmäßig darzustellen. ⁴Die Praxis muss von der Prüfungsstelle im Beratungsgespräch darauf hingewiesen werden, dass sie einen Antrag nach § 26 stellen kann. ⁵Im Anschluss an das Beratungsgespräch erlässt die Prüfungsstelle einen schriftlichen Feststellungsbescheid (Beratungsbescheid) 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 den Verfahrensbeteiligten gemäß § 10 Abs. 1 bekannt zu geben.

(3) ¹Ein Nachforderungsbetrag kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfungszeitraum nach Vollziehbarkeit des Feststellungsbescheids der Prüfungsstelle gem. Abs. 1 Satz 6 oder des Beratungsbescheids der Prüfungsstelle gem. Abs. 2 Satz 5 oder nach Zugang des entsprechenden Bescheids des Beschwerdeausschusses bei der Praxis festgesetzt werden. ²Abweichend von § 9 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.

(4) ¹Gelangen der oder die Vertragsärzte und die Prüfungsstelle während oder nach der Durchführung der individuellen Beratung übereinstimmend zu der Einschätzung, dass eine Festsetzung der Beratung nicht hätte erfolgen dürfen, prüft diejenige Prüfungseinrichtung, welche die Festsetzung der Maßnahme der individuellen Beratung getroffen hat, ob der maßgebliche Prüfbescheid und ggf. auch Folgebescheide mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen oder abzuändern sind und erlässt in diesem Falle einen Rücknahme- bzw. Änderungsbescheid. ²Wird der Bescheid, mit dem die Beratung festgesetzt wurde, rechtskräftig aufgehoben, prüft die jeweils zuständige Prüfungseinrichtung, ob die Folgeentscheidungen mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen oder abzuändern sind und erlässt in diesem Falle einen Rücknahme- bzw. Änderungsbescheid.

(5) ¹Für Praxen in den ersten beiden Jahren ihrer Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung können keine Prüfmaßnahmen festgesetzt werden. ²Die Regelung zur Ordnungssteuerung der Wirkstoffvereinbarung nach § 16 und der Heilmittelsteuerung nach § 19 gelten unbeschadet des Satzes 1.

(6) ¹Die Abs. 1 bis 5 gelten nicht für Einzelfallprüfungen sowie bei unzulässigen Ordnungen. ²In diesen Fällen ist bei festgestellter Unwirtschaftlichkeit ein entsprechender Nachforderungs- oder Kürzungsbetrag auch bei erstmaliger Auffälligkeit festzusetzen, sofern in dieser Vereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist.

§ 26 Feststellung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten bzw. besonderen Verordnungsbedarfen

(1)¹Im Rahmen der Beratung nach § 25 oder wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung eines Nachforderungsbetrags droht können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten bzw. bei Heilmitteln von besonderen Verordnungsbedarfen beantragen. ²Eine Festsetzung eines Nachforderungsbetrags droht insbesondere dann, wenn die Prüfungsgruppe in der Praxis ein Ziel oder mehrere Ziele in einem Prüfzeitraum nicht erreicht hat, die Prüfungsstelle unter Beachtung der Ausschlussfrist dies noch prüfen kann oder wenn die Verordnungskosten nicht unmaßgeblich gestiegen sind. ³Zudem haben die Vertragsärzte ein Feststellungsinteresse, wenn sie darlegen können, dass Praxisbesonderheiten oder besondere Verordnungsbedarfe neu hinzugekommen sind oder hinzukommen werden, die die Zielerreichung gefährden oder die Verordnungskosten künftig erheblich ansteigen lassen. ⁴Die Anträge sind durch die Praxis zu begründen; insbesondere sind die vermuteten Praxisbesonderheiten oder besondere Verordnungsbedarfe konkret zu bezeichnen und die entsprechenden Belege, wie Frühinformationen, Listen mit schweren Fällen und Diagnosen sowie sonstige begründende Unterlagen dem Antrag beizufügen.

(2)¹Bejaht die Prüfungsstelle das Feststellungsinteresse, prüft sie die beantragten Praxisbesonderheiten oder besondere Verordnungsbedarfe und entscheidet über die Anerkennung in einem Feststellungsbescheid, der unter dem Vorbehalt der Abänderungsmöglichkeit steht. ²Die Praxisbesonderheiten oder besondere Verordnungsbedarfe sind detailliert darzustellen und dabei möglichst betragsmäßig genau zu beziffern. ³Die Vorgaben der Vertragspartner zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten oder besondere Verordnungsbedarfe sind zu beachten. ⁴Die Feststellung von Praxisbesonderheiten oder besondere Verordnungsbedarfe ist in der Regel für einen Zeitraum von bis zu 16 Quartalen zu treffen und auch in offenen Verfahren zu Quartalen vor Festsetzung durch Feststellungsbescheid zu berücksichtigen. 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 die Praxis die Feststellung von Praxisbesonderheiten erneut beantragen.

3. Verfahren in besonderen Fällen

§ 27 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, ein Landesverband oder die für die Abwicklung des Sprechstundenbedarfs verantwortlichen Stelle namens und im Auftrag der kassenseitigen Vertragspartner bei der Prüfungsstelle Nachforderungsansprüche gegen eine Praxis wegen der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln, die von der Verordnung ausgeschlossen sind, oder wegen unzulässig bezogenen Sprechstundenbedarfs geltend, leitet die Prüfungsstelle das Nachforderungsbegehren zeitnah nach Prüfung an die Praxis weiter. ²Erklärt die Praxis ihr Einverständnis hierzu, veranlasst die Prüfungsstelle den Einbehalt des Nachforderungsbetrags durch die KVB, die diesen dann an den Antragsteller abführt. ³Der Antrag nach Satz 1 soll zur Verfahrensbeschleunigung innerhalb von zehn Monaten nach Abschluss des Ordnungsquartals gestellt werden. ⁴Für die Antragstellung nach Satz 1 ist der hierfür vereinbarte Vordrucksatz zu verwenden. ⁵Der 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 verordnetem Sprechstundenbedarf sowie bei off-label-use-Verordnungen gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle Widerspruch zum Beschwerdeausschuss erheben. ²In allen anderen Fällen gilt § 106c Abs. 3 Satz 6 SGB V.

4. Verteilung und Vollzug sowie Bagatellgrenzen

§ 28 Aufteilung und Vollzug

(1) ¹Festgesetzte Nachforderungsbeträge aus Prüfverfahren nach den §§ 16 und 19 werden nach einem von den kassenseitigen Vertragspartnern festgesetzten Schlüssel aufgeteilt. ²Die kassenseitigen Vertragspartner liefern diesen Schlüssel erstmalig spätestens bis Ende 2017 an die Prüfungsstelle. ³Liegen trotz Anforderung der Prüfungsstelle die Daten einzelner Krankenkassen nicht vor, sind Nachforderungsbeträge für diese Kassen nicht zu vollziehen.

(2) ¹Nachforderungsbeträge wegen Unwirtschaftlichkeit aus Einzelfallprüfungen und solche aus Wirkstoffprüfungen bzw. Heilmittelprüfung müssen verrechnet werden, wenn sich die Prüfzeiträume und Inhalte ganz oder teilweise decken. ²Das gleiche gilt für die Prüfverfahren der Prüfung der Behandlungsweise.

§ 29 Mindestgrenzen

Anträge nach dieser Vereinbarung können nur gestellt werden, wenn der Nachforderungsbetrag pro Praxis, Krankenkasse und Quartal die Mindestgrenze in Höhe von 15 € netto überschreitet.

§ 30 Geringfügigkeitsgrenzen

Nachforderungsbeträge werden nur vollzogen, wenn der Erstattungsbetrag pro Praxis, Krankenkasse und Quartal die Mindestgrenze von 15 € netto überschreitet.

IV. Schlussbestimmungen

§ 31 Beauftragung der Prüfungseinrichtungen

¹Die Prüfungseinrichtungen können gem. § 106 Abs. 1 Satz 3 SGB V und § 2 Abs. 7 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen in der ambulanten Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung beauftragt werden. ²Ein entsprechender Beauftragungsvertrag ist mit den Prüfungseinrichtungen und der ArGe Prüfung Ärzte Bayern (Auftragnehmer) abzuschließen. ³Die Auftraggeber des Beauftragungsvertrags tragen die Kosten dieser Prüfungen inklusive sogenannter Querschnitts- und Vorhaltekosten. ⁴Für die Prüfungen gelten die Regelungen dieser Prüfungsvereinbarung mit Ausnahme der Regelungen zu statistischen Prüfungen entsprechend. ⁵Gleiches gilt für Beauftragungen gem. § 2 Abs. 4 und 5 Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V.

§ 32 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 Vertragspartner mit der unwirksamen Bestimmung verfolgt haben.

§ 33 Inkrafttreten

1Diese Vereinbarung einschließlich aller Anlagen, die wesentlicher Bestandteil sind, tritt mit Wirkung zum 01.01.2017 in Kraft und ersetzt die bisherige Vereinbarung vom 31.10.2014 i.d.F. des 1. Nachtrages vom 18.02.2016 soweit es um Prüfungen der Abrechnungs- und Ordnungsquartale ab dem Quartal I/2017 geht. 2Für die Prüfung der Abrechnungs- und Ordnungsquartale bis IV/2016 gilt die bisherige Vereinbarung vom 31.10.2014 i.d.F. des 1. Nachtrages vom 18.02.2016 fort.

§ 34 Kündigung

1Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2017, gekündigt werden. 2§ 14 Abs. 1 der WSV wird dahingehend abgeändert, dass die WSV unter Aufhebung der Befristung zum 30.6.2017 von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden kann und bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort gilt.

V. Protokollnotizen

P 1) zu § 6 Abs. 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.

P 2) zu § 27 Abs. 1 Satz 4:

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

P 3) Beatmungspflichtige Patienten

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

P 4) zu III., Ziffer 2, der Prüfungsvereinbarung „Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen“:

1Die Vertragspartner sind sich zur Komplexeleistung Frühförderung (gemäß Rahmenvertrag IFS) am 10.07.2014 wie folgt einig geworden:

2Bei der Indikationsstellung zur Verordnung von medizinisch-therapeutischen Leistungen der Interdisziplinären Frühförderung (IFF) in mobiler Form sind Gründe, die den medizinischen Behandlungserfolg gefährden, zu berücksichtigen. 3Organisatorische Gründe aus der Sphäre der Frühförderstelle dürfen nicht zur Begründung einer mobilen Verordnung herangezogen werden.

P 5) Heilmittelsteuerung zu § 19

Die Vertragspartner beabsichtigen die Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Heilmitteln künftig durch Steuerungsmaßnahmen zu gewährleisten.

P 6) Protokollnotiz zu den Anlagen zur Prüfungsvereinbarung

Auf der Grundlage der Entscheidungen und Festlegungen des Landesschiedsamtes überarbeiten bzw. passen die Vertragspartner gemeinsam die von der KVB vorgelegten Anlagen 1 bis 5 sowie die von den Krankenkassen geforderten Anlagen 6 bis 18 zur Prüfungsvereinbarung an. Nicht ausformulierte Anlagen werden von den Vertragspartnern gemeinsam erarbeitet.

Anlagen

Anlage 1 - Sachverständige

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 Verordnungsweise 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 - Prüfgruppen / Fachgruppen

2a) Arzneimittel

siehe Anlage 1 der WSV

2b) Heilmittel

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit gem. § 17 werden folgende Prüfgruppen (PG) gebildet:

LANR (Stelle 8 und 9)	PG	Gebietsbezeichnung:
06 bis 09, 11, 13, 14	070	Chirurgen
15 bis 18	100	Frauenärzte
19 bis 20	130	HNO-Ärzte
34 bis 46	230	Kinder- und Jugendärzte
51, 53	381	
58, 59	386/387	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater
10, 12	440	Orthopäden
57	630	Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
01 bis 03	819	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten

2c) Stichprobenprüfung

Für die Ziehung in der Stichprobenprüfung gem. § 13 werden folgende Fachgruppen verwendet:

LANR (Stelle 8 und 9)	PG	Gebietsbezeichnung:
04	010	Anästhesisten
05	040	Augenärzte
06 bis 09, 11, 13, 14	070	Chirurgen
15 bis 18	100	Frauenärzte
19, 20	130	HNO-Ärzte
21	160	Hautärzte
23, 32, 33	191	Fachärztliche Internisten, die in 192 bis 199 nicht genannt sind
28	192	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie
29	193	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie
30	194	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie sowie Lungenärzte
26	195	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie
27	196	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
24	197	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Angiologie
25	198	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie
31	199	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie
34 bis 46	230	Kinder- und Jugendärzte
48, 49	260	Laborärzte sowie Mikrobiologen, Virologen und Infektionsepidemiologen
50	350	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
51, 53, 58,59	381, 386, 387	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater/Forensische Psychiatrie
47	389	Kinder- und Jugendpsychiater
52	410	Neurochirurgen
10, 12	440	Orthopäden
55, 56	470	Pathologen, Fachwissenschaftler Zytologie-Histologie und Neuropathologen
60, 61	500	Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind
62 bis 64	530	Radiologen
65	540	Strahlentherapie
67	560	Urologen
54	590	Nuklearmediziner
57	630	Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
68	680/700	Psychologische Psychotherapeuten
69	690/710	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
	740	ärztlich geleitete Einrichtungen soweit diese über die KVB abrechnen
	760	Dialyse-Einrichtungen
01 bis 03	819	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten
22, 66, 70-99	900	Weitere Fachgruppen, Notfallärzte und Fachgruppen, welche weniger als 50 Mitglieder haben, werden ebenfalls hier zusammengefasst.

Anlage 3 - Listen und Unterlagen

- (1)
 - ¹Die Datenlieferung für die Wirkstoffprüfung gem. § 15 richtet sich nach der WSV.
 - ²Im Falle einer Heilmittelprüfung nach § 17 (vgl. Protokollnotiz 5) sind die entsprechenden Daten zur Erstellung der erforderlichen Listen und Unterlagen von den Krankenkassen und der KVB spätestens Ende des 10. Monats nach Quartalsende an die Prüfungsstelle zu liefern.
 - ³Im Falle der Stichprobenprüfung gem. § 13 richtet sich die Datenlieferung nach § 13 Abs. 2 Satz 3.
- (2) Die (zweite) Datenlieferung für die Erstellung der erweiterten Einzelfallnachweise erfolgt durch die Krankenkassen und die KVB spätestens 4 Wochen nach Anforderung durch die Prüfungsstelle.
- (3)
 - ¹Die Qualität (Inhalt und Umfang) der Datenlieferungen überwacht die Prüfungsstelle.
 - ²Bei Auffälligkeiten, die das Prüfungsgeschehen gefährden, sind die Vertragspartner umgehend über die erforderlichen bzw. veranlassten Maßnahmen zu informieren.

3a) Statistik über die Verordnung von Arzneimitteln

Derzeit in WSV geregelt

3b) Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel

Allgemeines: Der erweiterte Einzelfallnachweise wird in der Regel für alle Vertragsärzte erstellt, die nach Sondierung in einer statistischen Prüfung der Verordnungsweise sind.

Kopf der Statistik:

Der Kopf der Statistik enthält das Verordnungsquartal, die Betriebsstättennummer (BSNR), Prüfgruppe und Untergruppe (PG), 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.

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
- Spalte 5: Fallnummer
Sortierung innerhalb der Einzelkasse nach Versichertengruppe (MFR)
- Spalte 6: Versichertengruppe
MFR
- 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
- 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

3c) Statistik über die Verordnung von Heilmitteln.

Derzeit unbesetzt.

3d) Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel

Listenbeschreibung „Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel“

Einzelfallnachweis VPML (bereinigt um Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben gem. § 106b Abs. 2 Satz 1 SGB V und Anlage 2 der Heilmittelrichtlinie zu § 8a Heilmittelrichtlinie bzw., falls Anlage 2 Heilmittelrichtlinie nicht bis 01.01.2017 Inkraft getreten ist, Anlage 2 bundesweite Vereinbarung über Praxisbesonderheiten vom 12.11.2012)

PG: 010/2 Fr., Dr. med. Barbara Beispiel, Anästhesistin
 BSNR: 630112345 Beispielsgasse 7
 LANR(s): 123456704 81667 München
 Quartal: 1/2014

Datum: 12.11.2015
 Seite: 1 von 7

Kassengruppe: AOK

71101 AOK Bayern die Gesundheitskasse Zentral

LfNr	Name	Vorname	KT-Art	VG	Geb. Datum	VSNR
1	Mustermann	Tanja	RK	M	01.01.1980	Q123456789

Datum	Heilmittel	HM-Pos-Nr.	VO-Menge	VO-Art	Regel-fall	Indikati- ons- schlüssel	Ge- samt- Brutto	Gesamt- Zuzahlung
03.01.2014	KG	20501	10	E		Ex3b	230,30	33,03
03.01.2014	Fango	21501	6	F				
03.01.2014	Hausbesuch			F				
03.01.2014	Wegepausch.			F	a.R.			

Diagnosen laut Behandlungsschein:

Gesichert: I10.90 Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

Gesichert: M53.99 Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet, nicht näher bezeichnete Lokalisation

Diagnosen laut Heilmittelrezept:

I10.90 Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

GOPs:

03.01.2014 03111, ++9700A, ++32001
 26.03.2014 03212

.
 .
 .

usw. (nächster Versicherter)

Summe Heilmittelkosten 71101 AOK Bayern die Gesundheitskasse Zentrale

Summe (Euro-Betrag):	750,89
Anzahl Versicherte Kasse 71101	5
Anzahl Versicherte Kasse 71101 mit VO-Kosten	2

Anlage 4 – Datensatzbeschreibungen

4a) Datensatzbeschreibungen Arzneimittel

Derzeit in WSV geregelt

4b) Datensatzbeschreibungen Heilmittel

Derzeit unbesetzt.

Anlage 5 - Verteiler von Auswahllisten und Statistiken

- 1) Zur Vorbereitung von Prüfverfahren werden die nachfolgenden statistischen Unterlagen gem. § 6 Abs. 4 PV

1. Auswahllisten nach § 6 Abs. 4 PV

nach Abschluss der Sondierung:

2. Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel (ABB060)
3. 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 Praxissitz zuständigen Dienstleistungszentren der AOK Bayern
- dem BKK Landesverband Bayern
- der IKK classic
- SVLFG als LKK
- Knappschaft – Regionaldirektion München –
- der federführenden Ersatzkasse

- 2) Die Praxis erhält aufgrund § 106 Abs. 3 Satz 4 SGB V folgende Unterlagen in elektronischer Form:

zeitnah nach Information der Praxis über sein Prüfverfahren:

1. Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel (ABB060)
2. Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel (HBB060)

Anlage 6 – Prüfgruppen und Durchschnittswerte

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfgruppeneinteilung und Bildung der Durchschnittswerte

1. Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach §13, § 14, § 16, § 17, § 19 und § 20 werden folgende Prüfgruppen (VG) gebildet:

LANR (Stelle 8 u. 9)	PG	Gebietsbezeichnung:
04	010	Anästhesisten
05	040	Augenärzte
06 bis 09, 11, 13, 14	070	Chirurgen
15 bis 18	100	Frauenärzte
19, 20	130	HNO-Ärzte
21	160	Hautärzte
23, 32, 33	191	Fachärztliche Internisten, die in 192 bis 199 nicht genannt sind
28	192	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie
29	193	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie
30	194	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie sowie Lungenärzte
26	195	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie
27	196	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
24	197	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Angiologie
25	198	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie
31	199	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie
34 bis 46	230	Kinder- und Jugendärzte
48, 49	260	Laborärzte sowie Mikrobiologen, Virologen und Infektionsepidemiologen
50	350	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
51	381	Nervenärzte
53	386	Neurologen
58, 59	387	Psychiater/Forensische Psychiatrie
47	389	Kinder- und Jugendpsychiater
52	410	Neurochirurgen
10, 12	440	Orthopäden
55, 56	470	Pathologen, Fachwissenschaftler Zytologie-Histologie und Neuropathologen
60, 61	500	Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind

62 bis 64	530	Radiologen
65	540	Strahlentherapie
67	560	Urologen
54	590	Nuklearmediziner
57	630	Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
68	680/700	Psychologische Psychotherapeuten
69	690/710	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
	740	ärztlich geleitete Einrichtungen soweit diese über die KVB abrechnen
	760	Dialyse-Einrichtungen
	780	Notfalldienstärzte
	800	Allgemeinärzte und Praktische Ärzte
01 bis 03	819	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten (ohne 820)
01 bis 03	820	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten, die die Genehmigung als besonders qualifizierter Diabetologe besitzen
22, 66, 70-99	900	Weitere Fachgruppen, Notfallärzte und Fachgruppen, welche weniger als 50 Mitglieder haben, werden eben falls hier zusammengefasst.

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

³Folgende Gruppen werden zwar in den Auswahllisten (Anlage x) 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
680/700	Psychologische Psychotherapeuten
690/710	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
740	ärztlich geleitete Einrichtungen
780	Notfalldienstärzte

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

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 Einrichtungennach § 117 SGB V, psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V sowie medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V 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 Einteilung der Anlage 6 ist vorläufig und wird zeitnah, insbesondere bei den Hausärzten, optimiert.

Anlage 7 – Leistungsgruppen

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

Einteilung der Leistungsgruppen

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 8 – 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, VG (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 VG 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.

Summe Kurativ (wird mit „4“ markiert)

LG 07	Sonstige Hilfen
-------	-----------------

Summe Kurativ + Sonstige Hilfen
(wird mit „4“ markiert)

incl. Wirtschaftlichkeitsbonus Labor unabgestaffelt

LG 10	Basis-/Allg. Laboruntersuchungen
-------	----------------------------------

Anmerkung zu den Basis-/Allg. Laboruntersuchungen:

In der Gesamtübersicht werden die aggregierten Werte aus den beiden WP-Untergruppen LSTGR 10/1 und LSTGR 10/2 ausgewiesen.

LG 11	Spez. Laboruntersuchungen
LG 14	Kosten/Pauschalerstattungen
LG 15	Impfungen (nur falls vertraglich geregelt)
LG 05	Mutterschaftsvorsorge
LG 06	Früherkennung

Anmerkung zu den Speziellen Laboruntersuchungen:

In der Gesamtübersicht werden die aggregierten Werte aus den beiden WP-Untergruppen LSTGR 11/1 und LSTGR 11/2 ausgewiesen.

Im Block „Erläuterungen“ am Ende der Seite 2 sind folgende Erläuterungen aufzunehmen:

- 1) ¹Die 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 %). ²Die gewichtete Abweichung wird in vom Hundert ausgewiesen
 - 2) Bei der gewichteten Abweichung werden die Fallwerte der Praxis mit dem gewichteten Prüfgruppenschichtwert verglichen und die Differenz ausgewiesen
 - 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 nachstehenden 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 9 – 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, VG (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 durch GFZ
Spalte 6	€ je Fall VG	Fallwert VG
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 VG	VG-Wert
Spalte 11	Häufigkeit/100 Fälle Arzt	Häufigkeit der GO-Nr. auf 100 Fälle

Spalte 12	Abweichung der Praxis in %	Spalte 2 geteilt durch GFZ mal 100 Gewichtete prozentuale Abweichung Fallwert Arzt von Fallwert Prüfgruppe
Spalte 13	Ansatz bei Praxen in %	Prozentsatz der Praxen der jeweiligen VG, 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
LSTGR 11	Gesamt Spezial-Labor

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 10 - Prüfung ärztlicher Verordnungsweise Arzneimittel (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung) gem. § 17 PV

Die qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Arzneimittel nach § 17 erfolgt durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern insbesondere nach folgenden Prüffeldern:

- 1) Wirtschaftliche Alternativen nach Tagestherapiekosten und Gesamtbehandlungsdauer in den ordnungsrelevanten Wirkstoffgruppen der Arztpraxis

Aufgreifkriterien noch zu definieren

- 2) Verordnung von therapiegerechten Packungsgrößen

Aufgreifkriterien noch zu definieren

- 3) Prüfung auf Häufigkeit des Abgabeausschlusses preisgünstigerer Arzneimittel (Kennzeichnung Aut-Idem Feld; § 11 Abs. 3 AMRL)

Aufgreifkriterien noch zu definieren

- 4) Indikationsgerechter Einsatz hochpreisiger Arzneimittel

Aufgreifkriterien noch zu definieren

- 5) Prüfung auf therapiegerechte und rationale Verordnung von Verbandstoffen

Aufgreifkriterien noch zu definieren

- 6) Prüfung hinsichtlich Polymedikation im geriatrischen Bereich

Aufgreifkriterien noch zu definieren

- 7) Prüfung der Einhaltung der Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele der Arzneimittelvereinbarung nach § 84 SGB V im Bereich der KV Bayerns in der jeweils gültigen Fassung

Aufgreifkriterien noch zu definieren

- 8) Beachtung von Therapiehinweisen der Krankenkassen und der KVB gem. §73 Abs. 8 SGB V

Aufgreifkriterien noch zu definieren

Diese Liste ist nicht abschließend, sondern kann von den Vertragspartnern einvernehmlich geändert bzw. angepasst werden.

Sofern im Rahmen der Prüfung der Verordnungsweise Arzneimittel des Vertragsarztes weitere offensichtliche Unwirtschaftlichkeiten oder Unplausibilitäten festgestellt werden (z.B. Einhaltung

der GBA-Beschlüsse im Rahmen der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V), sind diese in die Prüfung sowie in die Prüfungsmaßnahme einzubeziehen.

Protokollnotiz

Nach Vorliegen der ersten Sondierungslisten prüfen die Vertragspartner, ob Ärzte jeweils nur dann in die Prüfung einbezogen werden, wenn sie die Aufgreifkriterien mehrerer Prüffelder erfüllen.

Notwendige Datensatzbeschreibung zur von der PST zu erstellenden Sondierungslisten und zur Auswahl der Prüffelder erstellen die Vertragspartner unter Beachtung der Entscheidung des Landesschiedsamtes zeitnah und gemeinsam.

Anlage 11 - Prüfung ärztlicher Verordnungsweise Heilmittel (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung) gem. § 20 PV

Die qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Heilmittel nach § 20 erfolgt durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern insbesondere nach folgenden Prüffeldern:

- 1) Einzelfallprüfung bei Ärzten, die vermehrt Fango und Massagen verordnen
- 2) Gezielte Prüfung bei Ärzten, die ausschließlich vorrangige Heilmittel (auch mehrere) verordnen
- 3) Prüfung von Ärzten, die zulässige Verordnungsmengen überschreiten
- 4) Prüfung von Verordnungen bei Ärzten in Kurorten
- 5) Prüfung auf Einhaltung der Heilmittel-Richtlinien
- 6) Verordnung kostenintensiver Heilmittel anstelle von kostengünstigen Alternativen
- 7) Einzeltherapie anstelle Gruppentherapie
- 8) Prüfung der medizinischen Notwendigkeit von verordneten Hausbesuchen
- 9) Prüfung der medizinisch notwendigen Begründungen bei Verordnungen außerhalb der Regel auf Nachvollziehbarkeit (sinnvolle, ausreichende medizinische Begründung)

Diese Liste ist nicht abschließend, sondern kann von den Vertragspartnern einvernehmlich geändert bzw. angepasst werden.

Sofern im Rahmen der Prüfung der Verordnungsweise Heilmittel des Vertragsarztes weitere offensichtliche Unwirtschaftlichkeiten oder Unplausibilitäten festgestellt werden, sind diese in die Prüfung sowie in die Prüfungsmaßnahme einzubeziehen.

Protokollnotiz

Notwendige Datensatzbeschreibung zur von der PST zu erstellenden Sondierungslisten und zur Auswahl der Prüffelder erstellen die Vertragspartner unter Beachtung der Entscheidung des Landesschiedsamtes zeitnah und gemeinsam.

Anlage 12 - Verordnungsstatistiken

Wird nach Bearbeitung gem. Protokollnotiz 6 veröffentlicht.

Anlage 13 - Auswahllisten und Entwicklung Verordnungswerte

Wird nach Bearbeitung gem. Protokollnotiz 6 veröffentlicht.

Anlage 14 - Verteiler Statistiken

Wird nach Bearbeitung gem. Protokollnotiz 6 veröffentlicht.

Anlage 15 - Erweiterter Einzelfallnachweis

Wird nach Bearbeitung gem. Protokollnotiz 6 veröffentlicht.

Anlage 16 – PZN Statistik

Wird nach Bearbeitung gem. Protokollnotiz 6 veröffentlicht.

Anlage 17 – ATC Statistik

Wird nach Bearbeitung gem. Protokollnotiz 6 veröffentlicht.

Anlage 18 - Datensatzbeschreibung

Wird nach Bearbeitung gem. Protokollnotiz 6 veröffentlicht.