

Prüfungsvereinbarung vom 03.11.2016
durch Beschluss des Landesschiedsamtes
in der Fassung des 2. Nachtrags mit Gültigkeit ab 01.10.2018
(Lesefassung)

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

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns**
nachstehend als „KVB“ bezeichnet

und

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

dem **BKK Landesverband Bayern**,
nachstehend als „Landesverband“ bezeichnet

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

der **KNAPPSCHAFT**, - Regionaldirektion München -,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

der **IKK classic**,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

und

den **Ersatzkassen**

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK - Hanseatische Krankenkasse

Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek - Landesvertretung Bayern

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

Inhaltsverzeichnis

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

§ 24 Prüfung in sonstigen Einzelfällen	21
§ 25 Beratung vor Festsetzung eines Nachforderungsbetrags	22
§ 26 Feststellung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten besonderen Verordnungsbedarfen	bzw. 24
3. VERFAHREN IN BESONDEREN FÄLLEN.....	25
§ 27 Prüfung unzulässiger Verordnungen.....	25
4. VERTEILUNG UND VOLLZUG SOWIE BAGATELLGRENZEN.....	25
§ 28 Aufteilung und Vollzug	25
§ 29 Mindestgrenzen	26
§ 30 Geringfügigkeitsgrenzen	26
IV. SCHLUSSBESTIMMUNGEN.....	26
§ 31 Beauftragung der Prüfungseinrichtungen.....	26
§ 32 Salvatorische Klausel.....	27
§ 33 Inkrafttreten.....	27
§ 34 Kündigung.....	27
V. PROTOKOLLNOTIZEN	28
P 1) zu § 6 Abs. 3:	28
P 2) zu § 27 Abs. 1 Satz 4:	28
P 3) Beatmungspflichtige Patienten	28
P 4) zu III., Ziffer 2, der Prüfungsvereinbarung „Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen“:.....	28
P 5) Heilmittelsteuerung zu § 19.....	28
ANLAGEN.....	29
Anlage 1 - Sachverständige	29
Anlage 2 – Prüfgruppen, Verordnungsfall- und Durchschnittswerte.....	30
Anlage 3 – Leistungsgruppen	36
Anlage 4 – Gesamtübersicht der Abrechnungswerte	37
Anlage 5 – Häufigkeitsstatistik der Abrechnungswerte	42
Anlage 6 - Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise für Arzneimittel (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung gemäß § 17).....	47
Anlage 7 - Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise für Heilmittel (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung gemäß § 20 PV)	52
Anlage 8 - Verordnungsstatistiken	54
Anlage 9 - Auswahllisten Verordnungswerte sowie Behandlungsweise	67
Anlage 10 – Verteiler Statistiken.....	73
Anlage 11 - Erweiterter Einzelfallnachweis	75
Anlage 12 – PZN Statistik	78
Anlage 13 – Datenlieferungen / Datensatzbeschreibungen	80

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 bzw. Vertragsarzt genannt). ²Als Praxis bzw. Vertragsarzt 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 Arzt- nummer 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 Arzneimittel- daten der Vertragsärzte identischer Prüfgruppen aggregiert. ⁶Weiteres ist in der Anlage 2 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§ 106b 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 Ordnungsweise 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 Praxismgemeinschaft 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 § 106d 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 § 106c 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 Beschwerdeausschuss, 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) wenn aufgrund einer Stichprobenprüfung der ärztlichen Behandlungsweise gem. § 13 eine Prüfung durchgeführt wird (Zufälligkeitsprüfung),
- d) 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)
- c) bei ärztlicher Behandlungsweise gem. § 14 (Auffälligkeitsprüfung)
- d) bei Prüfungen in Einzelfällen, Einzelposten bzw. von unzulässigen Verordnungen gem. § 15, § 21, § 22, § 23, § 24 und § 27

²Im Vorfeld von Prüfungen gem. a) bis einschließlich c) sondieren die Vertragspartner gemeinsam mit dem Ziel, Anträge 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 13 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; § 10 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 2 und Abs. 4 – über die Festsetzung von Maßnahmen. ³Die Prüfungsstelle kann hierzu geeignete Sachverständige hinzuziehen (vgl. Anlage 1).

§ 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 (vgl. Anlage 1). 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 Ordnungsweise 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 Antragseingang 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 der Nachforderungs- bzw. Kürzungsbetrag 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 2 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 ihr 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. §Für 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. §Für 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 (vgl. Anlage 13).

- (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 2 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. 3 Satz 2 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 Prüfmethode 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 2 bis 5 geregelt.
- (2) Die Prüfung findet auf Antrag eines Vertragspartners, einer Krankenkasse oder als Folge einer Stichprobenauswahl von Amts wegen statt.
- (3) ¹Ein Antrag auf Prüfung soll innerhalb von fünf Monaten nach Ende des zu prüfenden Leistungsquartals gestellt werden. ²Sollten die für die Prüfung erforderlichen Daten nicht spätestens einen Monat vor Ablauf der Antragsfrist vorliegen, verlängert sich die Antragsfrist um den Zeitraum der Verzögerung.
- (4) ¹Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss prüfen vorrangig, ob eine Beratung des Vertragsarztes ausreichend ist, um in Zukunft eine wirtschaftliche Behandlungsweise zu sichern. ²Eine solche Beratung ist als Bestandteil des Prüfbescheides von den Prüfungseinrichtungen schriftlich zu erteilen. ³Als Beratung gilt auch eine Beratung, die vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung durchgeführt wurde.

- (5) Steht die Vergütungsanforderung eines Vertragsarztes je Fall in einer oder mehreren Leistungsgruppen im offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten der Prüfgruppe oder zu den Durchschnittswerten des Vertragsarztes in den Vorquartalen (in der Regel die letzten vier Quartale), so kann die Prüfungseinrichtung nach einer Schätzung kürzen, ohne eine Prüfung nach einzelnen Fällen vorzunehmen.
- (6) Überschreitet die Vergütungsanforderung eines Vertragsarztes je Fall in einzelnen Leistungsgruppen die Durchschnittswerte der Prüfgruppe im Bereich zwischen der allgemeinen statistischen Streubreite und dem offensichtlichen Missverhältnis (Übergangszone), so kann die Prüfungseinrichtung die 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 Verordnungsweise von Arznei- und Verbandmitteln für die Verordnungen, die von der Wirkstoffprüfung nach § 16 nicht erfasst werden. 2Diese Prüfung findet darüber hinaus auf alle Verordnungen von Arznei- und Verbandmittel Anwendung, sofern die Wirkstoffvereinbarung nicht mehr fortgesetzt wird bzw. beendet ist.
- (2) 1Für die Ermittlung einer Auffälligkeit bei der ärztlichen Verordnungsweise von Arznei- und Verbandmitteln nach Abs. 1 werden von der Prüfungsstelle die Prüffelder und Aufgreifkriterien nach Anlage 6 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 Verordnungsweise 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 Ordnungsweise von Heilmitteln, insbesondere für die Ordnungen, 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.
- (2) ¹Für die Beurteilung einer Auffälligkeit bei der Ordnung von Heilmitteln werden zunächst von der Prüfungsstelle die Ordnungswerte 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 7 geregelt.
- (3) ¹Die Prüfung findet auf Antrag aller Vertragspartner, eines oder mehrerer Vertragspartner oder einer Krankenkasse statt. ²Ein Antrag auf Prüfung der Ordnungsweise 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 7 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 aufeinander 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.
- (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) Auf begründeten Antrag eines der Vertragspartner, einer Krankenkasse (z. B. aufgrund einer Begutachtung nach § 275 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b i. V. m. Abs. 1a SGB V) oder von Amts wegen als Folge einer Stichprobenauswahl prüft die Prüfungsstelle, ob die Praxis im Einzelfall
 - a) bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit,
 - a) bei der Veranlassung von Auftragsleistungen, insbesondere aufwändiger medizinisch-technischer Leistungen,
 - b) bei Überweisungen oder
 - c) gem. § 48 Abs. 1 BMV-Ä
 - d) 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 (vgl. Anlage 1).

- (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 Prüfzeitraum nach Vollziehbarkeit des Feststellungsbescheids der Prüfungsstelle gem. Abs. 1 Satz 4 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 Prüfgruppe 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 des Festsetzungszeitraums eine wesentliche Änderung der Verhältnisse fest, kann dieser eine Abänderung des Bescheids für die Zukunft bei der Prüfungsstelle beantragen. ⁶Nach Ablauf des Festsetzungszeitraums 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 Kranken-kassen wegen nicht verordnungsfähiger Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung unzulässig verordneten Sprech-stundenbedarf 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 Verordnungsquartals gestellt werden, spätestens bis zum Ablauf der Ausschlussfrist von 4 Jahren. 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 Nachforderungsbegehren 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

¹Anträge bei Prüfungen nach § 27 (Prüfung unzulässiger Verordnungen) können nur gestellt werden, wenn der Nachforderungsbetrag pro Praxis, Krankenkasse und Quartal die Mindestgrenze in Höhe von 30 € netto überschreitet. ²Weitere 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

¹Nachforderungsbeträge aus Prüfungen nach § 27 (Prüfung unzulässiger Verordnungen) werden nur vollzogen, wenn der Nachforderungsbetrag pro Praxis, Krankenkasse und Quartal die Mindestgrenze von 30 € netto überschreitet. ²Weitere Nachforderungsbeträge werden nur vollzogen, wenn der Nachforderungsbetrag 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 01.10.2018 in Kraft und ersetzt die bisherige Vereinbarung vom 03.11.2016 i.d.F. des Beschlusses des Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern in der Fassung des 1. Nachtrags vom 13.09.2017 soweit es um Prüfungen der Abrechnungs- und Verordnungsquartale ab dem Quartal IV/2018 geht. 2Die mit dem 2. Nachtrag vereinbarten Änderungen der Paragraphen 29 und 30 gelten abweichend davon für alle Anträge, die nach dem 01.10.2018 bei der Prüfungsstelle Ärzte Bayern eingehen.

3Für die Prüfung der Abrechnungs- und Verordnungsquartale 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 Komplexleistung 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.

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, Verordnungsfall- und Durchschnittswerte

Prüfgruppeneinteilung und Bildung der Verordnungsfall- und Durchschnittswerte

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

2a) Prüfgruppen Stichprobenprüfung / Behandlungsweise

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
51,53,58,59	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
	780	Notfalldienstärzte
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 eben falls hier zusammengefasst.

2b) Prüfgruppen Arzneimittel

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 bis 20	130	HNO-Ärzte
21	160	Hautarzt
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
50	350	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
51, 53, 58	381/386/387	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater
47	389	Kinder- und Jugendpsychiater
52	410	Neurochirurgen
10, 12	440	Orthopäden
60, 61	500	Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind
67	560	Urologen
57	630	Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
01 bis 03	819	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten

¹Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 16 (Wirkstoffprüfung) und § 17 (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Arzneimittelprüfung) gelten die hier festgelegten Prüfgruppen. Diese ersetzen die in Anlage 1 der Wirkstoffvereinbarung vom 31.10.2014 in der Fassung des 1. Nachtrags vom 14.11.2016 mit Wirkung zum 01.12.2016 geltenden Vergleichsgruppen.

²Für die Ärzte, die die Genehmigung als besonders qualifizierter Diabetologe besitzen, wird für das Ziel Antidiabetika der Wirkstoffvereinbarung ein gesonderter Zielwert vereinbart.

2c) Prüfgruppen Heilmittel

LANR (Stelle 8 u. 9)	PG	Gebietsbezeichnung:
06 bis 09, 11, 13, 14	070	Chirurgen
15 bis 18	100	Frauenärzte
19, 20	130	HNO-Ärzte
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
51,53,58,59	381/386/387	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater/Forensische Psychiatrie
52	410	Neurochirurgen“
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

2d) Bildung von Verordnungsfall- und Durchschnittswerten

1. Die Vergleichswerte für die Prüfung nach Prüfgruppen für die Auffälligkeitsprüfungen der Behandlungs- und Verordnungsweise werden je Quartal aus den Abrechnungs- und Verordnungswerten aller bayerischen Vertragsärzte errechnet.
2. ¹Die Vergleichswerte nach Prüfgruppen für die Auffälligkeitsprüfung der Behandlungsweise 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.
3. Bei Berufsausübungsgemeinschaften bzw. Medizinischen Versorgungszentren werden die Abrechnungs- und Verordnungswerte der fach- bzw. bereichsgleichen Ärzte und Psychotherapeuten gemäß der entsprechenden Prüfgruppe zusammengefasst.
4. ¹Beim Vergleich der Abrechnungswerte mit den Werten der Prüfgruppe ist eine gewichtete Abweichung zu errechnen. ²Die gewichtete Abweichung ist der Quotient aus der Division der abgerechneten Behandlungskosten pro Behandlungsfall des Vertragsarztes geteilt durch die von der jeweiligen Prüfgruppe abgerechneten Behandlungskosten pro Behandlungsfall, gewichtet nach Altersgruppen. ³Die Gewichtung des Prüfgruppen-Durchschnittswerts ergibt sich aus der Summe der je Altersgruppe errechneten Produkte der nach Altersgruppen aufgeteilten Behandlungsfälle des Vertragsarztes mit der je Altersgruppe errechneten Behandlungskosten pro Behandlungsfall der Prüfgruppe (SOLL=100 %). ⁴Es gibt 4 Altersgruppen: Altersgruppe 1: 0 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, Altersgruppe 2: Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr, Altersgruppe 3: Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr, Altersgruppe 4: ab Beginn des 76. Lebensjahres. ⁵Die gewichtete Abweichung wird in vom Hundert ausgewiesen. ⁶Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise ist die „gewichtete Abweichung“ zugrunde zu legen. ⁷Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise richtet sich dabei nach den in Anlage 9c) genannten Aufgreifkriterien.
5. ¹Die Vergleichswerte nach Prüfgruppen für die Auffälligkeitsprüfung der Verordnungsweise werden auf Landesebene je Verordnungsquartal aus der Summe der Verordnungsostenwerte der Vertragsärzte für Fälle der gesetzlichen Krankenkassen errechnet. ²Grundlage für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise ist der Verordnungsfall. ³Dabei werden alle Versicherten eines Vertragsarztes, für die prüfrelevante Verordnungen durch den Vertragsarzt ausgestellt werden, berücksichtigt. ⁴Alle Verordnungen für einen Versicherten werden zu einem Verordnungsfall zusammengefasst.
6. ¹Beim Vergleich der Zahl der Verordnungsfälle mit den Werten der Prüfgruppe ist eine gewichtete Abweichung zu errechnen. ²Die gewichtete Abweichung ist der Quotient aus der Division der Heilmittelverordnungsosten pro Verordnungsfall des Vertragsarztes geteilt durch die von der jeweiligen Prüfgruppe verordneten Heilmittelkosten pro Verordnungsfall, gewichtet nach Altersgruppen. ³Die Gewichtung des Prüfgruppen-Durchschnittswerts ergibt

sich aus der Summe der je Altersgruppe errechneten Produkte der nach Altersgruppen aufgeteilten Verordnungsfälle des Vertragsarztes mit der je Altersgruppe errechneten Heilmittelkosten pro Verordnungsfall der Prüfgruppe (SOLL=100 %). ⁴Es gibt 4 Altersgruppen: Altersgruppe 1: 0 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, Altersgruppe 2: Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr, Altersgruppe 3: Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr, Altersgruppe 4: ab Beginn des 76. Lebensjahres. ⁵Die gewichtete Abweichung wird in vom Hundert ausgewiesen. ⁶Bei der Beurteilung einer Auffälligkeit bei der Verordnung von Heilmitteln werden nach der Ermittlung der Verordnungswerte in Euro aller Vertragsärzte, die Vertragsärzte ermittelt, die den statistischen Mittelwert der Prüfgruppe um mehr als 50% überschreiten. ⁷Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise richtet sich bei der Verordnung von Heilmitteln nach den in Anlage 7 und bei der Verordnung von Arzneimitteln bei den in der Anlage 6 genannten Prüffeldern / Aufgreifkriterien.

Anlage 3 – Leistungsgruppen

Einteilung der Leistungsgruppen für die Auffälligkeitsprüfung der Behandlungsweise

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 vertragsärztliche Leistung)
LSTGR 16	DMP-LEISTUNGEN

Anlage 4 – Gesamtübersicht der Abrechnungswerte

Gesamtübersicht der Abrechnungswerte der Vertragsärzte zur Auffälligkeitsprüfung der Behandlungsweise

In der Gesamtübersicht werden die Abrechnungsdaten der Vertragsärzte für Versicherte der GKV erfasst. Die Erstellung dieser Statistik erfolgt je Kassenart und GKV (Gesamt).

Kopf der Statistik:

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

Deckblatt:

Das Deckblatt der Prüfstatistik enthält die LANR und Namen der in der entsprechenden PG 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 4 Altersgruppen (Altersgruppe 1: 0 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, Altersgruppe 2: Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr, Altersgruppe 3: Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr, Altersgruppe 4: ab Beginn des 76. Lebensjahres) sowie die Summen der Altersgruppen 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 4 Altersgruppen und insgesamt.

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

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 (falls vertragsärztliche Leistung)
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“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.

5. Gesamtübersicht der Abrechnungswerte je Vertragsarzt

Der Ausdruck erstreckt sich auf zwei Seiten.

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 Altersgruppe 1
Spalte 3:	Leistungsbedarf der Altersgruppe 2
Spalte 4:	Leistungsbedarf der Altersgruppe 3
Spalte 5:	Leistungsbedarf der Altersgruppe 4
Spalte 6:	Leistungsbedarf der 4 Altersgruppen, d.h., die Summe der Spalten 2 bis 5.
Spalte 7:	Durchschnittlicher Leistungsbedarf der Praxis bei dieser Leistungsgruppe. Rechengang: Leistungsbedarf (Spalte 6), geteilt durch Anzahl der Fälle der Leistungsart (siehe Blatt 2 der Gesamtübersicht).

- Spalte 8: Durchschnittlicher Leistungsbedarf der Prüfgruppe bei der entsprechenden Leistungsart.
- Spalte 9: Durchschnittlicher gewichteter Leistungsbedarf der Prüfgruppe. Der gewichtete Prüfgruppenwert berücksichtigt die unterschiedlichen Altersgruppenanteile (1 bis 4) beim jeweiligen Vertragsarzt im Vergleich zum Durchschnitt der Prüfgruppe. Die Berechnung der gewichteten Abweichung ist in Anlage 2d) beschrieben.
- Spalte 10 Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Prüfgruppe in €.
- Spalte 11: 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 12: 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.

Inhalt der Seite 2:

Die Kopfzeilen entsprechen Seite 1.

Im linken Bereich der Statistik erfolgt der Ausdruck der kurativen Fallzahlen getrennt nach den 4 Altersgruppen 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 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 4 Altersgruppen an der Gesamtfallzahl der Praxis.

Unterhalb werden die entsprechenden Altersgruppenanteile 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 4 Altersgruppen und Gesamt.

Die Fallzahlen sind wie folgt gegliedert:

- Fälle der Mutterschaftsvorsorge
- Fälle der Früherkennung
- Fälle der Sonstigen Hilfe
- Impfungen (falls vertragsärztliche Leistung)

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

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

Anlage 5 – Häufigkeitsstatistik der Abrechnungswerte

Häufigkeitsstatistik der Abrechnungswerte der Vertragsärzte zur Auffälligkeitsprüfung der Behandlungsweise

In der Häufigkeitsstatistik werden die Abrechnungsdaten der Vertragsärzte für Versicherte der GKV erfasst. Die Erstellung dieser Statistik erfolgt je Kassenart und GKV (Gesamt).

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 Gebührenordnungspositionsnummern (GOP) eines Vertragsarztes, getrennt nach den verschiedenen Leistungsgruppen. Dabei wird je GOP ein Vergleich zu den Durchschnittswerten der entsprechenden Prüfgruppe vorgenommen, soweit der Vertragsarzt die jeweilige GOP 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. Kopf der Statistik

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

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, Quartal, BSNR (numerisch), Prüfgruppe (PG, numerisch und im Klartext), LANR (numerisch), Name und Vorname des Vertragsarztes, Praxisanschrift, Kassenart, Behandlungsart, 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 (GOP) 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 (falls vertragsärztliche Leistung)
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 Gebührenordnungspositionsnummern wie folgt ausgewiesen:

Spalte 1:	GOP	jeweilige Gebührenordnungspositionsnummer
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 die Gesamtfallzahl (GFZ)
Spalte 6	€ je Fall PG	Fallwert der Prüfgruppe
Spalte 7	Ansatz in Fällen	Anzahl der Fälle (FZ), bei der die GOP angesetzt wurde (= betroffene Fälle)
Spalte 8	Leistungen je Fall Arzt	Häufigkeit der abgerechneten GOP je Fall; Spalte 2 geteilt durch Spalte 7
Spalte 9	Ansatz in % Fallzahl Arzt	Anteil der betroffenen Fälle im Verhältnis zur GFZ; Prozentualer Anteil Spalte

7 an GFZ

Spalte 10	Ansatz in % Fallzahl PG	Prüfgruppenwert
Spalte 11	Häufigkeit/100 Fälle Arzt	Häufigkeit der GOP auf 100 Fälle; Spalte 2 geteilt durch GFZ mal 100
Spalte 12	Abweichung der Praxis in %	Gewichtete prozentuale Abweichung Fallwert Arzt (Spalte 5) von Fallwert Prüfgruppe (Spalte 6)
Spalte 13	Ansatz in % bei Praxen	prozentualer Anteil der Praxen der je- weiligen PG, die die jeweilige GOP ab gerechnet 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

* falls vertragsärztliche Leistung

** wird nicht ausgeführt, da nicht prüfrelevant

5. Im Block „Erläuterungen“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.

Anlage 6 - Prüfung der ärztlichen Ordnungsweise für Arzneimittel (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung gemäß § 17)

Die qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Arzneimittel nach § 17 erfolgt durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern mittels einer repräsentativen Einzelfallprüfung im jeweiligen Prüffeld und insbesondere nach folgenden Prüffeldern:

- 1) Wirtschaftliche Alternativen nach Tagestherapiekosten und Gesamtbehandlungsdauer in den ordnungsrelevanten Wirkstoffgruppen der Arztpraxis
 - a) ¹Die Vertragspartner legen diejenigen Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen fest (Anlage 6a), die aufgrund bestehender Einsparpotenziale hinsichtlich wirtschaftlicher Alternativen nach Tagestherapiekosten und Gesamtbehandlungsdauer als Auffälligkeitskriterium herangezogen werden. ²Die Festlegung erfolgt erstmalig zum Inkrafttreten dieser Anlage. ³Die Vertragspartner prüfen halbjährlich die Aktualität der herangezogenen Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen und nehmen ggf. eine Anpassung vor, ohne dass es einer Kündigung dieser Vereinbarung bedarf. ⁴Über die festgelegten Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen sowie die unter b) festgelegten Auffälligkeitsgrenzen informiert die KVB die Ärzte vor Inkrafttreten dieser Anlage per Rundschreiben und auf der Homepage der KVB. ⁵Gleiches gilt für Anpassungen nach Satz 3. ⁶Verständigen sich die Vertragspartner nicht rechtzeitig vor Quartalsbeginn auf diejenigen Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen und der festzulegenden Auffälligkeitsgrenzen und/oder informiert die KVB nicht oder nicht rechtzeitig über die festgelegten Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen und/oder den festzulegenden Auffälligkeitsgrenzen, dann gelten die zwischen den Vertragspartner bereits festgelegten und von der KVB bekanntgegebenen Werte fort.
 - b) ¹Innerhalb jedes Wirkstoffs und/oder Wirkstoffgruppe aus a) werden die Bruttokosten jeder Packung je DDD, ggf. korrigiert um unterschiedliche Anwendungsdauern, für jedes Arzneimittel ausgewiesen. ²Je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe wird ein Wert in Euro je DDD festgelegt, der die Auffälligkeitsgrenze markiert (Anlage 6a). ³Die Auffälligkeitsgrenze markiert den untersten Betrag der 10% Arzneimittel mit den höchsten Kosten pro DDD. ⁴Ein Muster für diese Darstellung liegt als Anlage 6b bei.
 - c) Je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe aus a) wird je Vertragsarzt der Anteil an den insgesamt verordneten Packungen ermittelt, deren Bruttokosten je DDD über der Auffälligkeitsgrenze aus b) liegen.
 - d) Überschreitet ein Vertragsarzt für einen oder mehrere Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen den Anteil aus c) um mehr als 20% erfolgt eine Ausweisung des Arztes in der Auswahlliste.
 - e) Unberücksichtigt bleiben dabei Vertragsärzte mit einem Verordnungsvolumen von unter 500 DDD je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe.
 - f) Rabattverträge sind entsprechend zu berücksichtigen.

2) Verordnung von therapiegerechten Packungsgrößen

- a) Je Vertragsarzt wird je verordnungsrelevantem Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe das Verhältnis seiner verordneten Packungen nach N1, N2, N3 ermittelt.
- b) Das Ergebnis der Ermittlung aus a) (z.B. Verordnung nicht therapiegerechter Packungsgrößen) je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe wird in die Beurteilung nach dem Prüffeld 1) mit einbezogen.

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

- a) Aus den von den kassenseitigen Vertragspartnern gelieferten Daten, wird je Vertragsarzt und je Prüfgruppe der Anteil der mit Aut-Idem gekennzeichneten nichttrabattierten Arzneimittelpackungen an allen abgegebenen Arzneimittelpackungen ermittelt.
- b) Je Vertragsarzt wird die Abweichung in Prozent zum Wert der Prüfgruppe ermittelt.
- c) Ist eine Überschreitung aus Buchstabe b) größer/gleich 30% erfolgt die Ausweisung des Vertragsarztes in der Auswahlliste.

4) Indikationsgerechter Einsatz hochpreisiger Arzneimittel

¹Aus den von den kassenseitigen Vertragspartnern gelieferten Daten werden je Vertragsarzt diejenigen Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen ermittelt, deren Bruttokosten 100 € pro DDD übersteigen. ²Diese werden mit den jeweiligen Verordnungsmengen und –kosten in der Auswahlliste ausgewiesen.

5) Prüfung auf therapiegerechte und rationale Verordnung von Verbandmitteln

- a) Aus den von den kassenseitigen Vertragspartnern gelieferten Daten, wird je Vertragsarzt aus allen auf den Namen des Versicherten verordneten Verbandmitteln (Warengruppenschlüssel BA01* im ABDA-Artikelstamm) der Anteil der darauf entfallenden Bruttokosten am Gesamtverordnungsvolumen des Vertragsarztes für Arzneimittel und Verbandmittel (inkl. der von der Wirkstoffvereinbarung erfassten Verordnungen; ohne Sprechstundenbedarf) ermittelt.
- b) Sofern der prozentuale Anteil aus Buchstabe a) größer/gleich 10% ist, erfolgt die Ausweisung des Vertragsarztes in der Auswahlliste.

6) Analyse hinsichtlich Polymedikation im geriatrischen Bereich

Die Vertragspartner regeln das Nähere gesondert.

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

Aufgrund des verzögerten Abschlusses der Arzneimittelvereinbarung (AMV) für das Jahr 2017 sehen die Vertragspartner es als sachgerecht an, entsprechende Aufgreifkriterien erst für das Verordnungsquartal ab 1/2018 zu vereinbaren.

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

¹Die Vertragspartner stellen der Prüfungsstelle für jedes Prüfquartal eine Auswahl von Arzneimitteln, für die für das Prüfquartal relevante Therapiehinweise nach § 73 Abs. 8 SGB V vorliegen zur Verfügung. ²Die Prüfungsstelle prüft dieses Prüffeld bei allen Vertragsärzten mit, die die Voraussetzungen für eine Prüfung erfüllen.

Sofern im Rahmen der Prüfung der Verordnungsweise Arzneimittel des Vertragsarztes weitere offensichtliche Unwirtschaftlichkeiten oder Unplausibilitäten festgestellt werden (z.B. Einhaltung der G-BA-Beschlüsse im Rahmen der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V), sind diese in die Prüfung sowie in die Prüfungsmaßnahme einzubeziehen.

Protokollnotiz:

¹Nach Vorliegen der Auswertungen zu den Aufgreifkriterien, wie sie in den Prüffeldern 1 bis 8 beschrieben sind, prüfen die Vertragspartner, ob und ggf. wie viele Vertragsärzte in die Prüfung einbezogen werden. ²Dabei ist zu berücksichtigen, dass Vertragsärzte nur dann in die Prüfung kommen, wenn sie die Aufgreifkriterien mehrerer Prüffelder erfüllen.

³Sofern aus dem Vergleich mit Erfahrungswerten der Nummer 2 „Verordnung von therapiegerechten Packungsgrößen“ erkennbar wird, dass in einer Wirkstoffgruppe ein unwirtschaftlicher Mix von Packungsgrößen vorliegt, erfolgt die Ausweisung des Vertragsarztes in der Auswahlliste.

6a) Festlegung der verordnungsrelevanten Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen zur Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise für Arzneimittel

Für die Prüfung des Prüffeldes 1) der Anlage 6 legen die Vertragspartner die nachfolgend aufgelisteten Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen (außerhalb der Wirkstoffvereinbarung) fest:

ATC-Code	Wirkstoff / Wirkstoffgruppe
AA03F	Prokinetika
AA04A	Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit (nur zytobedingtes Erbrechen)
AA06A, AV04C	Mittel gegen Obstipation
AA07A	intestinale Antiinfektiva
AA07E	intestinale Antiphlogistika
AB03AA, AB03AD	eisenhaltige Zubereitungen (oral)
AB03AC	eisenhaltigen Zubereitungen (parenteral)
AC01B	Antiarrhythmika der Klassen I und III
AD05B	Antipsoriatika zur system. Anwendung
AD07A	Corticosteroide, rein
AH01A	Hypophysenvorderlappenhormone und Analoga
AH01C	Hypothalamushormone (Therapiezyklus beachten!!)
AH05B	Nebenschilddrüsenhormonantagonisten
AJ05A	direkt wirkende antivirale Mittel
AM03B	Muskelrelaxantien, zentral wirkend
AM04A	Gichtmittel
AN07C	Antivertiginosa
AR05C	Expektorantien, excl. Kombi mit Antitussiva (ohne Pulmozyme, ohne Säfte)
AR05D	Antitussiva, excl. Kombi mit Expektorantien
AR06A	Antihistaminika zur system. Anwendung

6b) Musterbeispiel zur Festlegung der Auffälligkeitsgrenze am Beispiel des Wirkstoffs bzw. Wirkstoffgruppe der Gichtmittel (ATC: AM04A) zur Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise für Arzneimittel

1Für die Prüfung des Prüffeldes 1) der Anlage 6 wird durch die Vertragspartner die jeweilige Auffälligkeitsgrenze mit einem Wert in Euro je DDD der gemäß Anlage 6a) festgelegten Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen festgelegt. 2Die Auffälligkeitsgrenze markiert den untersten Betrag der 10% Arzneimittel mit den höchsten Kosten pro DDD. 3Als auffällig gilt der Vertragsarzt, der die festgelegte Auffälligkeitsgrenze je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe um mehr als 20% überschreitet. 4Am Beispiel der Gichtmittel (ATC: AM04A) wird hier dargestellt, wie die Auffälligkeitsgrenze ermittelt wird.

Allgemein:

Auflisten aller Arzneimittel dieser Indikationsgruppe, Ranking nach Kosten pro DDD:

	Bruttokosten je DDD	
Packung 1	5,50 €	} Anzahl der nach DDDs teuersten Packungen als Grenze
Packung 1	5,40 €	
Packung 2	5,20 €	
Packung 3	4,80 €	
Packung 4	4,50 €	Prüfung, welche Praxis mehr als 20% aller verordneten Packungen aus dem teuren (rot) Segment verordnet hat
Packung 5	4,30 €	
Packung 6	2,90 €	
Packung 7	2,85 €	
Packung 8	
	usw.	

Ermittlung der Auffälligkeitsgrenze:

Wirkstoff/Wirkstoffgruppe: Gichtmittel

Produktname	VO-Kosten	Packung	DDD	verordnete DDD	VO-Kosten gesamt	Anzahl VO	Anzahl VO kumuliert	Preis/DDD
Probenecid Biokanol Tabletten	29,61	30	15,00	1.350,00	2.664,90	90	90	1,9740
COLCHICUM DISPERT	19,10	20	10,00	323.250,00	617.407,50	32.325	32.415	1,9100
Probenecid 500 mg	93,17	100	50,00	250,00	465,85	5	32.420	1,8634
Adenuric 80 mg	46,74	28	28,00	520.520,00	868.896,60	18.590	51.010	1,6693
Adenuric 80 mg MPAPH	46,41	28	28,00	80.220,00	132.964,65	2.865	53.875	1,6575
Adenuric 120 mg Eurim	132,80	84	84,00	22.260,00	35.192,00	265	54.140	1,5810
Allopurinol 100 Heumann	11,75	30	7,50	22.462,50	34.590,65	2.995	57.135	1,5667
Probenecid Biokanol Tabletten	70,35	100	50,00	31.250,00	43.968,75	625	57.760	1,4070
Probenecid Weimer	70,35	100	50,00	250,00	351,75	5	57.765	1,4070
Adenuric 80 mg	117,19	84	84,00	7.809.480,00	10.895.154,30	92.970	150.735	1,3951
Adenuric 80 mg Orifarm	117,17	84	84,00	2.100,00	2.929,25	25	150.760	1,3949
Adenuric 80 mg Filmtabletten MPA Pharma	117,13	84	84,00	912.240,00	1.272.031,80	10.860	161.620	1,3944

.. usw. – es folgen weitere 50 Präparate mit entsprechender Listung
Gesamte VO Gichtmittel: 1.364.295

Auffälligkeitsgrenze bei 10% der teuersten Packungen

Anlage 7 - Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise für Heilmittel (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung gemäß § 20 PV)

1Die qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Heilmittel nach § 20 erfolgt durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern auf der Basis der HM-RL, insbesondere nach den hier genannten Prüffeldern. 2Hierbei ist Grundlage der Verordnungsfall. 3Dabei werden alle Versicherten eines Vertragsarztes, für die Verordnungen durch den Vertragsarzt ausgestellt werden, berücksichtigt. 4Alle prüfrelevanten Verordnungen für einen Versicherten werden zu einem Verordnungsfall zusammengefasst. 5Ausschlaggebend für die Quotenbemessung in allen Prüffeldern ist das Ausstellungsdatum der Verordnung. 6Die Prüfung findet nach einer strengen Einzelfallprüfung statt. 7Die Prüfung innerhalb der einzelnen Prüffelder erfolgt erst bei einer Mindestmenge von 10 Verordnungen (Rezepte) mit Ausstellungsdatum im betroffenen Quartal.

1) Einzelfallprüfung bei Vertragsärzten, die vermehrt Fango und Massagen verordnen

- Anteil Fango größer/gleich 25% an seinen physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen
- Anteil Massagen größer/gleich 25% an seinen physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen

2) Einzelfallprüfung bei Vertragsärzten, die häufig teurere optionale bzw. auch ergänzende Heilmittel (auch mehrere) verordnen

- Prüfung, wenn je Vertragsarzt mehr als 15% teurere optionale Heilmittel gegenüber den vorrangigen Heilmitteln verordnet werden (Menge der Anzahl an Heilmittelpositionsnummern)
- Prüfung, wenn je Vertragsarzt mehr als 50% ergänzende Heilmittel gegenüber seinen Gesamtheilmittelverordnungen verordnet werden (Menge der Anzahl an Heilmittelpositionsnummern).

3) Einzelfallprüfung bei Vertragsärzten, die die zulässige Verordnungsmengen überschreiten

- Prüfung je Vertragsarzt der Überschreitung der zulässigen Gesamtverordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen innerhalb des Regelfalls von mehr als 15%

4) Einzelfallprüfung von Verordnungen bei Vertragsärzten in Kurorten

- Prüfung, wenn je Kur- und Badearzt mehr als 30% seiner Verordnungen nach HM-RL im Verhältnis der Gesamtverordnungsmenge (einschließlich Heilmittelverordnungen im Rahmen der ambulanten Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Abs. 2 SGB V) erfolgen.
- Die kassenseitigen Vertragspartner liefern die Verordnungsdaten für Leistungen, die gemäß § 23 Abs. 2 SGB V verordnet wurden, im gleichen Format wie die Verordnungsdaten, die gemäß § 296 SGB V geliefert werden.

5) Einzelfallprüfung: Verordnung kostenintensiver Heilmittel anstelle von kostengünstigen Alternativen

- Prüfung je Vertragsarzt, ob das kostenintensive Heilmittel für das Erreichen des Therapieziele indiziert war
 - Prozentualer Anteil der manuellen Therapie (MT) an Krankengymnastik/MT-Gesamt größer/gleich 70%
 - Prozentualer Anteil von MLD 60 an MLD-Gesamt größer/gleich 70%.
 - Prozentualer Anteil Fango an Wärmetherapie-Gesamt größer/gleich 70%.

6) Einzelfallprüfung: Einzeltherapie anstelle Gruppentherapie

Derzeit ist dieses Prüffeld kein Auffälligkeitskriterium, allerdings wird die Entwicklung des Verhältnisses der Gruppentherapie zur Gesamtmenge der Verordnungen, für die eine Gruppentherapie zulässig wäre, durch die Vertragspartner beobachtet.

7) Einzelfallprüfung der medizinischen Notwendigkeit von verordneten Hausbesuchen

- Prüfung je Vertragsarzt, wenn der Anteil an Verordnungen für Heilmittel mit Hausbesuchen im Verhältnis zur Gesamtverordnungsanzahl größer/gleich 70% beträgt.

8) Einzelfallprüfung der medizinisch notwendigen Begründungen bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls auf Nachvollziehbarkeit (sinnvolle, ausreichende medizinische Begründung)

- Prüfung dieses Sachverhaltes nur im Zusammenhang mit einer Prüfung nach den Prüffeldern 1 bis 7, soweit Rezept-Images geliefert werden.

Sofern im Rahmen der Prüfung der Ordnungsweise Heilmittel des Vertragsarztes weitere offensichtliche Unwirtschaftlichkeiten oder Unplausibilitäten u.a. im Rahmen der Heilmittelrichtlinie in der jeweils gültigen Fassung festgestellt werden, sind diese in die Prüfung sowie in die Prüfungsmaßnahme einzubeziehen.

Protokollnotiz:

Nach Vorliegen der Auswertungen zu den Aufgreifkriterien, wie sie in den Prüffeldern 1 bis 8 beschrieben sind, prüfen die Vertragspartner, ob und ggf. wie viele Ärzte in die Prüfung einbezogen werden.

Anlage 8 - Verordnungsstatistiken

Statistiken über die Verordnungsweise der Vertragsärzte für Arznei- und Heilmittel zur qualifizierten Auffälligkeitsprüfung der Verordnungsweise

Für alle in Anlage 8 geregelten Verordnungsbereiche gilt:

¹Für die Quartalszuordnung und der Zuordnung zu den Altersgruppen ist der Tag der Ausstellung der Verordnung maßgebend.

²Grundsatz der Fallzählung ist, dass alle prüfrelevanten Verordnungen für einen Versicherten zu einem Verordnungsfall zusammengefasst werden. ³Dies gilt für alle nachfolgenden Statistiken. ⁴Die Erstellung dieser Statistiken erfolgt je Kassenart und GKV (Gesamt).

Deckblatt:

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

8a) Arzneikostenstatistik

In der Arzneikostenstatistik werden die Kosten für Arznei- und Verbandmittel für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen erfasst.

Kopf der Statistik:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, Quartal, BSNR (numerisch), Prüfgruppe (PG, numerisch und im Klartext), LANR (numerisch), Name und Vorname des Vertragsarztes, Praxisanschrift, Kassenart, Behandlungsart, Arzneikosten Gesamt Brutto, Summe Gesamt Rabatt, Summe Gesamt Zuzahlungen, Arzneikosten Gesamt Brutto der WSV, Summe WSV Rabatt, Summe WSV Zuzahlungen, Arzneikosten Gesamt Brutto ohne WSV, Summe Rabatt ohne WSV, Summe Zuzahlungen ohne WSV, Erstellungsdatum, Seitenzahl (x von x)

1. Beschreibung der Spalten

Spalte 1: Summe je Kassenart und GKV

Spalte 2: Altersgruppe 1: 0 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in €
Altersgruppe 2: Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr in €
Altersgruppe 3: Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr in €
Altersgruppe 4: ab Beginn des 76. Lebensjahr in €

GB = Summe Brutto Kassenart/GKV in €
 GR = Summe Rabatt Kassenart/GKV in €
 GZ = Summe Zuzahlung Kassenart/GKV in €

- Spalte 3: Zahl der Verordnungsfälle
 Berücksichtigt werden alle Versicherten eines Vertragsarztes, für die prüf-
 relevante Verordnungen durch den Vertragsarzt ausgestellt wurden. Da-
 bei werden alle Verordnungen für einen Versicherten zu einem Verord-
 nungsfall je Vertragsarzt zusammengefasst (= Zahl der Versicherten, für
 die Verordnungen ausgestellt wurden).
- Kopfzeile: Name des Wirkstoffs und/oder der Wirkstoffgruppe und deren Gesamt-
 kosten
- Spalte 4: Bruttokosten in € pro DDD je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe je Ver-
 tragsarzt (Anlage 6 Nr. 1)
- Spalte 5: Auffälligkeitsgrenze in € je DDD je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe je
 Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 1)
- Spalte 6: Abweichung je Vertragsarzt in € (Spalte 05 – Spalte 04) (Anlage 6 Nr. 1)
- Spalte 7: Abweichung je Vertragsarzt in % (Spalte 05 – Spalte 04)
 (Anlage 6 Nr. 1)
- Spalte 8: Anzahl der Packungen insgesamt je Wirkstoffgruppe je Vertragsarzt
 (Anlage 6 Nr. 2)
- Spalte 9: Prozentualer Anteil N1 je Wirkstoffgruppe je Vertragsarzt
 (Anlage 6 Nr. 2)
- Spalte 10: Prozentualer Anteil N2 je Wirkstoffgruppe je Vertragsarzt
 (Anlage 6 Nr. 2)
- Spalte 11: Prozentualer Anteil N3 je Wirkstoffgruppe je Vertragsarzt
 (Anlage 6 Nr. 2)
- Spalte 12: Anzahl aller abgegebenen Arzneimittelpackungen je Vertragsarzt
 (Anlage 6 Nr. 3)
- Spalte 13: Anzahl der mit Aut-Idem gekennzeichneten nichtrabattierten Arzneimittel-
 packungen je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 3)
- Spalte 14: Anzahl aller abgegebenen Arzneimittelpackungen je Prüfgruppe
 (Anlage 6 Nr. 3)

Spalte 15:	Anzahl der mit Aut-Idem nicht-rabattierten gekennzeichneten Arzneimittelpackungen je Prüfgruppe (Anlage 6 Nr. 3)
Spalte 16:	Abweichung je Vertragsarzt (Anzahl/Menge) zur Prüfgruppe (Spalte 13 – Spalte 15) (Anlage 6 Nr. 3)
Spalte 17:	Abweichung je Vertragsarzt in % zur Prüfgruppe der mit Aut-Idem nicht-rabattierten gekennzeichneten Verordnungen (Anlage 6 Nr. 3)
Spalte 18:	Gesamtverordnungskosten je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe mit Bruttokosten größer 100 € je DDD je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 4)
Spalte 19:	Anzahl der Verordnungen je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe nach Spalte 18 je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 4)
Spalte 20:	Gesamtverordnungskosten der Verbandmitteln mit Warengruppenschlüssel BA01* im ABDA-Artikelstamm in € je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 5)
Spalte 21:	Anteil in % je Vertragsarzt der hochpreisigen Verbandmittel (Verhältnis von Spalte 20 zu Brutto-Gesamtkosten aus Statistikkopfzeile) (Anlage 6 Nr. 5)
Spalte 22–xx:	Polymedikation im geriatrischen Bereich – derzeit nicht besetzt (Anlage 6 Nr. 6)
Spalte xx-xx:	Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele der Arzneimittelvereinbarung (AMV) - derzeit nicht besetzt (Anlage 6 Nr. 7)

2. Gliederung nach Kassenarten

Die Arzneikostenstatistik wird nach Kassenarten getrennt in folgender Reihenfolge ausgedruckt:

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

3. Im Block „Erläuterungen“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.

4. Es erfolgt einer zeilenweiser Ausdruck der Spalten:

- Immer wenn Werte vorliegen
- Summenblock GKV
- Summenblock Kassenart

8b) Heilmittelstatistik, Krankenhauseinweisungen

1In der Heilmittelstatistik werden die Verordnungswerte für Heilmittel und Krankenhauseinweisung (KHE) für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen erfasst. 2Die Kosten für die in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015 in der jeweils gültigen Fassung (besondere Verordnungsbedarfe) sowie der in Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung (langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V) ausgewiesenen Diagnosen in Zusammenhang mit den festgelegten Indikationsschlüsseln und Spezifikationen, werden gesondert ausgewiesen. 3Mit Ausnahme des Summenblocks ‚Summe GKV Brutto‘ enthält die Statistik ausschließlich Nettowerte. 4Die Erstellung dieser Statistik erfolgt je Kassenart und GKV (Gesamt).

Kopf der Statistik:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, Quartal, BSNR (numerisch), Prüfgruppe (PG, numerisch und im Klartext), LANR (numerisch), Name und Vorname des Vertragsarztes, Praxisanschrift, Kassenart, Behandlungsart, Heilmittelkosten Gesamt Netto, Gesamtkosten Besondere Verordnungsbedarfe (A1), Gesamtkosten langfristiger Heilmittelbedarf (A2), Gesamtkosten Netto ohne A1 und A2, Erstellungsdatum, Seitenzahl (x von x)

Seite 1

1. Beschreibung der Spalten

Spalte 1: Summe je Kassenart und GKV

Spalte 2: Altersgruppe 1: 0 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in €
Altersgruppe 2: Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr in €
Altersgruppe 3: Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr in €
Altersgruppe 4 = ab Beginn des 76. Lebensjahr in €
S = Summe Altersgruppe 1 bis 4

Spalte 3: Zahl der Verordnungsfälle.
Berücksichtigt werden alle Versicherten eines Vertragsarztes, für die prüf-relevante Verordnungen durch den Vertragsarzt ausgestellt wurden. Dabei werden alle Verordnungen für einen Versicherten zu einem Verordnungsfall je Vertragsarzt zusammengefasst (= Zahl der Versicherten, für die Verordnungen ausgestellt wurden).

1.1 Physikalisch-medizinische Leistungen

- Spalte 4: Verordnungskosten insgesamt netto in €
Die Verordnungskosten insgesamt werden nach der Zeile G in einem eigenen Block, unterteilt nach Verordnungskosten für:
- Massagen (Leistungsart 01)
 - Lymphdrainagen/MLD (Leistungsart 02 – ohne 0204 u. 0205)
 - Krankengymnastik (Leistungsarten 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10)
 - Bäder (Leistungsarten 16, 17)
 - Sonstige Leistungen (Leistungsarten 0204, 0205, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 2001, 97, 99)
- Die Unterteilung erfolgt gemäß dem bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis sowie den bayerischen Gebührenvereinbarungen, die der Prüfungsstelle von den Krankenkassen in der jeweils aktuellen Fassung zur Verfügung gestellt werden.
- Die Heilmittelpositionsnummern x0703, x0708, x0709 und x0805 für Kinder bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres sind weder Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung noch Bestandteil der statistischen Werte.
- Für die Quartalszuordnung ist der Tag der Ausstellung der Verordnungen maßgebend.
- Spalte 5: Durchschnittliche Verordnungskosten in € je Verordnungsfall des Vertragsarztes (Spalte 04 : Spalte 03)
- Spalte 6: Durchschnittliche Verordnungskosten in € je Verordnungsfall der in Bayern tätigen Vertragsärzte der Prüfgruppe (GKV netto; sonst analog Spalte 05)
- Spalte 7: Abweichung der durchschnittlichen Verordnungskosten in € je Verordnungsfall des Vertragsarztes vom statistischen Mittelwert der Prüfgruppe (Differenz zwischen Spalte 05 und Spalte 06; GKV netto ab Zeile G)
- Spalte 8: Abweichung der durchschnittlichen Verordnungskosten in % je Verordnungsfall des Vertragsarztes vom statistischen Mittelwert der Prüfgruppe (Spalte 07 : Spalte 06 x 100; GKV netto ab Spalte G)
- Spalte 9: Durchschnittliche gewichtete Verordnungskosten in € der Prüfgruppe. Der gewichtete Prüfgruppenwert berücksichtigt die unterschiedlichen Altersgruppenanteile (1 bis 4) beim jeweiligen Vertragsarzt im Vergleich zum Durchschnitt der Prüfgruppe. Die Berechnung der gewichteten Abweichung ist in Anlage 2d) beschrieben.
- Spalte 10: Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Prüfgruppe in €

Spalte 11: Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Prüfgruppe in %

Spalte 12: A1: besondere Verordnungsbedarfe - Anhang 1 der Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015 in €

Spalte 13: A2: langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V - Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien

1.2 Ergotherapie

Spalte 14: Ergo-Therapie [derzeit unbesetzt]

1.3 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Spalte 15: Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie [derzeit unbesetzt]

1.4 Podologie

Spalte 16: Podologie [derzeit unbesetzt]

1.5 Krankenhauseinweisungen

Spalte 17: Zahl der Krankenhauseinweisungen des Vertragsarztes.
Die quartalsweise Zuordnung der Krankenhaufälle richtet sich nicht nach dem Tag der Verordnung, sondern nach dem Aufnahmetag der stationären Krankenhausbehandlung.

2. Gliederung nach Kassenarten

Die Heilmittelstatistik wird nach Kassenarten getrennt in folgender Reihenfolge ausgedruckt:

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

3. Berechnung der Vergleichswerte und der gewichteten Abweichung

Die Berechnung der Vergleichswerte und der gewichteten Abweichung ist in der Anlage 2d) beschrieben.

4. Beschreibung der Spalten

Spalte 1:	Summe der Fangoverordnungen (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 1.1)
Spalte 2:	Anteil der Fangoverordnungen an den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen je Vertragsarzt in % (Spalte 01 geteilt durch Spalte 04 der Seite 1 x 100) (Anlage 7 Nr. 1.1)
Spalte 3:	Summe der Massageverordnungen (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 1.2)
Spalte 4:	Anteil der Massageverordnungen an den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen je Vertragsarzt in % (Spalte 03 geteilt durch Spalte 04 der Seite 1 x 100) (Anlage 7 Nr. 1.2)
Spalte 5:	Summe der vorrangigen physikalisch-medizinischen Verordnungen (aller Indikationen) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 2.1)
Spalte 6:	Summe der teureren optionalen physikalisch-medizinischen Verordnungen (aller Indikationen) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 2.1)
Spalte 7:	Summe der ergänzenden physikalisch-medizinischen Verordnungen (aller Indikationen) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 2.2)
Spalte 8:	Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen (aller Indikationen) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 2.2)
Spalte 9:	Anteil der vorrangigen physikalisch-medizinischen Verordnungen an der Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen je Vertragsarzt in % (Anlage 7 Nr. 2.1)
Spalte 10:	Anteil der teureren optionalen physikalisch-medizinischen Verordnungen an der Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen je Vertragsarzt in % (Anlage 7 Nr.2.2)
Spalte 11:	Anteil der ergänzenden physikalisch-medizinischen Verordnungen an der Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen je Vertragsarzt in % (Anlage 7 Nr. 2.2)
Spalte 12:	Anteil der teureren optionalen physikalisch-medizinischen Verordnungen gegenüber den vorrangigen physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen je Vertragsarzt in % (Anlage 7 Nr. 2.2)
Spalte 13:	Überschreitung der zulässigen Verordnungsmenge (Anlage 7 Nr. 3) [derzeit unbesetzt]

- Spalte 14: Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen einschließlich der Verordnungen gem. § 23 Abs. 2 SGB V (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 4)
- Spalte 15: Summe der Verordnungen gem. § 23 Abs. 2 SGB V (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 4)
- Spalte 16: Anteil der Verordnungen gem. § 23 Abs. 2 SGB V an den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen einschließlich der Verordnungen gem. § 23 Abs. 2 SGB V in % je Vertragsarzt (Spalte 15 zu Spalte 14) (Anlage 7 Nr.4)
- Spalte 17: Summe der Verordnungen für manuelle Therapie (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.1)
- Spalte 18: Summe der Verordnungen für Krankengymnastik (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.1)
- Spalte 19: Summe der Verordnungen für manuelle Therapie und Krankengymnastik Gesamt (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.1)
- Spalte 20: Anteil der manuellen Therapie an den Gesamtverordnungen für manuelle Therapie und Krankengymnastik Gesamt in % je Vertragsarzt (Spalte 17 zu Spalten 19) (Anlage 7 Nr. 5.1)
- Spalte 21: Summe der Verordnungen für MLD 60 (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.2)
- Spalte 22: Summe der Verordnungen MLD-Gesamt (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.2)
- Spalte 23: Anteil der Verordnungen für MLD 60 an den Verordnungen für MLD-Gesamt in % je Vertragsarzt (Spalte 21 zu Spalte 22) (Anlage 7 Nr. 5.2)
- Spalte 24: Summe der Fangoverordnungen (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.3)
- Spalte 25: Summe der Verordnungen für Wärmetherapie-Gesamt (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.3)
- Spalte 26: Anteil der Fangoverordnungen an den Verordnungen für Wärmetherapie-Gesamt in % je Vertragsarzt (Spalte 24 an Spalte 25) (Anlage 7 Nr. 5.3)
- Spalte 27: Summe der Verordnungen für Heilmittel (physikalisch-medizinisch) mit Hausbesuchen (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr.7)

Spalte 28: Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen (Menge/Anzahl) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 7)

Spalte 29: Anteil der Verordnungen mit Hausbesuchen an den Gesamtverordnungen in % je Vertragsarzt (Spalte 27 zu Spalte 28) (Anlage 7 Nr. 7)

5. Im Block „Erläuterungen“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.

6. Es erfolgt einer zeilenweiser Ausdruck der Spalten:

- Immer wenn Werte vorliegen
- Summenblock GKV
- Summenblock Kassenart

Protokollnotizen:

1. *Die Vertragspartner stimmen überein, dass in der Heilmittelstatistik die Krankenhaus-einweisungen nach den Kriterien des § 39 SGB V aufgeschlüsselt werden sollen.*
2. *Die Kosten aus den Spalten 12, 13, 14, 15 und 16 der „Seite 1“ werden nicht berücksichtigt. §§ 33, 55, 56 SGB IX (insb. Frühförderung) sind nicht Gegenstand der GKV-Heilmittelverordnungen. Die Kosten hierfür sind daher nicht in den Datenlieferungen für die Heilmittelstatistiken enthalten.*

8c) Häufigkeitsstatistik nach Heilmittelpositionsnummern

1Die Häufigkeitsstatistik über kassenärztliche Verordnungen nach Heilmittelpositionsnummern beinhaltet die verordneten Heilmittelpositionen eines Vertragsarztes, getrennt nach den einzelnen Leistungsarten. 2Die Kosten für die in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015 in der jeweils gültigen Fassung (besondere Verordnungsbedarfe) sowie der in Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien (langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V) ausgewiesenen Diagnosen in Zusammenhang mit den festgelegten Indikationsschlüsseln und Spezifikationen, werden gesondert ausgewiesen. 3Die Erstellung dieser Statistik erfolgt je Kassenart und GKV (Gesamt).

Kopf der Statistik:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, Quartal, BSNR (numerisch), Prüfgruppe (PG, numerisch und im Klartext), LANR (numerisch), Name und Vorname des Vertragsarztes, Praxisanschrift, Kassenart, Behandlungsart, Heilmittelkosten Gesamt Netto, Gesamtkosten Besondere Verordnungsbedarfe (A1), Gesamtkosten langfristiger Heilmittelbedarf (A2), Gesamtkosten Netto ohne A1 und A2 , Anzahl der Verordnungsfälle , Erstelldatum, Seitenzahl (x von x)

1. Beschreibung der Spalten

- | | |
|-----------|---|
| Spalte 1: | Heilmittelpositionsnummer. Dabei werden gleiche Heilmittelpositionsnummern, unabhängig vom Leistungserbringer, zusammengefasst (z.B. X0501). Hiervon ausgenommen, sind die Leistungserbringer von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (z.B. 80501) |
| Spalte 2: | Häufigkeit der verordneten Leistung (Anzahl) |
| Spalte 3: | Wert der einzelnen verordneten Leistung in € |
| Spalte 4: | Gesamtbetrag der verordneten Leistung in € (Wert der Spalte 03 multipliziert mit dem Wert der Spalte 04) |
| Spalte 5: | Eigenanteil. Das ist der Zuzahlungsbetrag der Versicherten, denen die Leistung verordnet wurde. |
| Spalte 6: | Anzahl der Verordnungsfälle der jeweiligen Heilmittelpositionsnummer. Berücksichtigt werden alle Versicherten eines Vertragsarztes, für die prüf-relevante Verordnungen durch den Vertragsarzt ausgestellt wurden. Dabei werden alle Verordnungen für einen Versicherten zu einem Verordnungsfall je Vertragsarzt zusammengefasst (= Zahl der Versicherten, für die Verordnungen ausgestellt wurden). |

Spalte 7:	Durchschnittliche Verordnungskosten in € je Verordnungsfall
Spalte 8:	A1 Diagnose ICD10 Besondere Verordnungsbedarfe - Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015 in der jeweils gültigen Fassung
Spalte 9:	A1 Indikationsschlüssel besondere Verordnungsbedarfe - Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015 in der jeweils gültigen Fassung
Spalte 10:	A2 Diagnose ICD 10 Langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V - Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung
Spalte 11:	A2 Indikationsschlüssel Langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V - Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung

2. Zeilenweiser Ausdruck in den Spalten

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

Für jede Leistungsart werden die Werte getrennt nach den Heilmittelpositionsnummern in einem Block Kosten ohne A1 und A2 und einem Block Kosten nur A1 und A2 ausgewiesen. Dabei wird jeweils eine Summenzeile sowie eine Gesamtsumme gebildet.

Im Block ‚Kosten ohne A1 und A2‘ werden die Werte in den Spalten 1 bis 7 ausgewiesen.

Im Block ‚nur A1 und A2‘ werden die Werte in den Spalten 1 bis 5 sowie 8 bis 11 ausgewiesen.

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

3. Zusatzinformationen

a) Krankengymnastik spezial Kinder

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

b) Praxisanteile physikalische-medizinische Leistungen

In einem gesonderten Block werden die prozentualen Anteile der einzelnen Leistungsarten im Verhältnis zu den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen des einzelnen Vertragsarztes und der Prüfgruppe ausgewiesen.

Spalte 1: Leistungsarten

- Massagen (Leistungsart 01)
- Lymphdrainagen / MDL Gesamt (Leistungsart 02)
 - MLD 30 (x0205)
 - MDL 45 (x0201)
 - MLD 60 (x0202)
 - Kompressionsbehandlung (x0204)
- Krankengymnastik Gesamt (Leistungsarten 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09 und 10)
 - Übungsbehandlungen (Leistungsart 03 und 04)
 - Krankengymnastik „normal“ (Leistungsart 05, 06, 09, 10)
 - Krankengymnastik „spezial“ (Leistungsart 07, 08)
- Wärme- und Kältetherapie Gesamt (Leistungsart 15)
 - Fango (x010501 – x01505)
 - Heißluft (x0517)
 - Heiße Rolle (x01530)
- Manuelle Therapie (Leistungsart 12)
- Transaktionsbehandlung (Leistungsart 11)
- Elektrotherapie (Leistungsart 13)
- Lichttherapie (Leistungsart 14)
- Medizinische Bäder (Leistungsart 16, 17)
- Inhalationstherapie (Leistungsart 18)
- Kombinationsleistungen (Leistungsart 20)
- Hausbesuche (x99..)

Spalte 2: prozentualer Anteil der einzelnen Verordnungen je Leistungsart im Verhältnis zu den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen des Vertragsarztes

Spalte 3: prozentualer Anteil der einzelnen Verordnungen je Leistungsart im Verhältnis zu den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen der Prüfgruppe

4. Im Block „Erläuterungen“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.

Anlage 9 - Auswahllisten Verordnungswerte sowie Behandlungsweise

Auswahllisten über die Behandlungsweise für Arznei- und Heilmittel und über die Abrechnungswerte der Vertragsärzte zur (qualifizierten) Auffälligkeitsprüfung

1In den Auswahllisten für die qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Arzneimittel und Heilmittel werden alle Vertragsärzte, welche die Voraussetzungen bzw. die Prüffelder / Aufgreifkriterien des § 17 in Verbindung mit Anlage 6 und des § 20 in Verbindung mit Anlage 7 erfüllen, ausgewiesen. 2In der Auswahlliste der Behandlungsweise werden alle Vertragsärzte ausgewiesen, die die Voraussetzungen nach § 14 in Verbindung mit Anlage 9c) erfüllen. 3Die Auswahllisten werden im CSV-Format erstellt.

9a) Auswahlliste qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Arzneimittel

Spalte 1:	Quartal
Spalte 2:	BSNR (wird bei BAG/MVZ pro PG ggf. mehrfach ausgewiesen)
Spalte 3:	PG (Prüfgruppe)
Spalte 4:	LANR
Spalte 5:	Name_Vorname
Spalte 6:	Anzahl der Verordnungsfälle je Vertragsarzt
Spalte 7:	Arzneikosten Brutto Gesamt je Vertragsarzt
Spalte 8:	Arzneikosten nach Anlage 6 Brutto Gesamt je Vertragsarzt
Zeile:	Name des Wirkstoffs und/oder der Wirkstoffgruppe und deren Gesamtkosten
Spalte 9:	Anzahl der verordneten DDD je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 1)
Spalte 10:	Bruttokosten in € pro DDD je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 1)
Spalte 11:	Abweichung in % je Vertragsarzt (größer 20%) zur festgelegten Auffälligkeitsgrenze (Anlage 6 Nr. 1)

Spalte 12:	Abweichung in % je Vertragsarzt (größer/gleich 30%) zur Prüfgruppe der mit Aut-Idem gekennzeichneten Verordnungen (Anlage 6 Nr. 3)
Spalte 13:	Gesamtverordnungskosten je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe mit Bruttokosten größer 100 € je DDD je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 4)
Spalte 14:	Anzahl der Verordnungen je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe mit Bruttokosten größer 100 € je DDD je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 4)
Spalte 15:	Gesamtverordnungskosten der Verbandmitteln mit Warengruppenschlüssel BA01* im ABDA-Artikelstamm in € je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 5)
Spalte 16:	Abweichung in % je Vertragsarzt (größer/gleich 10 %) der Verbandmittel zum Gesamtverordnungsvolumen an Arznei- und Verbandmitteln (Spalte 15 zu Spalte 7) (Anlage 6 Nr. 5)
Spalte 17-xx:	Polymedikation im geriatrischen Bereich – derzeit nicht besetzt (Anlage 6 Nr. 6)
Spalte xx-xx:	Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele der Arzneimittelvereinbarung AMV – derzeit unbesetzt (Anlage 6 Nr. 7)
Spalte x:	Bemerkungen

9b) Auswahlliste qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Heilmittel

Spalte 1:	Quartal
Spalte 2:	BSNR (wird bei BAG/MVZ pro PG ggf. mehrfach ausgewiesen)
Spalte 3:	PG (Prüfgruppe)
Spalte 4:	LANR
Spalte 5:	Name_Vorname
Spalte 6:	Anzahl der Verordnungsfälle je Vertragsarzt
Spalte 7:	Gesamtkosten Netto (ohne Zuzahlungen) je Vertragsarzt
Spalte 8:	‚Davon‘ Kosten A1 - Besondere Verordnungsbefehle (davon-Ausweis der Spalte 7)
Spalte 9:	‚Davon‘ Kosten A2 - Langfristiger Heilmittelbedarf (davon-Ausweis der Spalte 7)
Spalte 10:	Gesamtkosten Netto ohne A1 und A2 je Vertragsarzt (Spalte 7 minus Spalte 8 und 9)
Spalte 11:	Gesamtverordnungen netto je Vertragsarzt
Spalte 12:	‚Davon‘ Verordnungen A1 - Besondere Verordnungsbefehle (davon-Ausweis der Spalte 11)
Spalte 13:	‚Davon‘ Verordnungen A2 - langfristiger Heilmittelbedarf (davon-Ausweis der Spalte 11)
Spalte 14:	Gesamtverordnungen Netto ohne A1 und A2 je Vertragsarzt (Spalte 11 minus Spalte 12 und 13)
Spalte 15:	Durchschnittliche Verordnungskosten je Verordnungsfall netto in € des Vertragsarztes (Spalte 10 : Spalte 6).
Spalte 16:	Durchschnittliche Verordnungskosten je Verordnungsfall netto in € der in Bayern tätigen Vertragsärzte der Prüfgruppe (Summe Spalte 10 : Summe Spalte 6)
Spalte 17:	Abweichung der durchschnittlichen Verordnungskosten des Vertragsarztes vom statistischen Mittelwert der Prüfgruppe in € (Differenz zwischen Spalte 15 und Spalte 16)

Spalte 18:	Abweichung der durchschnittlichen Verordnungskosten des Vertragsarztes vom statistischen Mittelwert der Prüfgruppe in % (Spalte 15 : Spalte 16 x 100; > 50%)
Spalte 19:	Durchschnittliche gewichtete Verordnungskosten in € der Prüfgruppe.
Spalte 20:	Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Prüfgruppe in €
Spalte 21:	Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Prüfgruppe in %
Spalte 22:	Anteil in % der Fangverordnungen an den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen (größer/gleich 25%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 1.1)
Spalte 23:	Anteil in % der Massageverordnungen an den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen (größer/gleich 25%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 1.2)
Spalte 24:	Anteil in % der teureren optionalen Heilmittel gegenüber den vorrangigen Heilmitteln (größer 15%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 2.1)
Spalte 25:	Anteil in % der ergänzenden Heilmitteln an der Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen (größer 50%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 2.2)
Spalte 26:	Gesamtverordnungsmenge Erst- und Folgeverordnungen (Anlage 7 Nr. 3) – derzeit nicht besetzt
Spalte 27:	Abweichung der zulässigen Gesamtverordnungsmenge in % (größer 15%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 3) – derzeit nicht besetzt
Spalte 28:	Anteil in % der Verordnungen gem. § 23 Abs. 2 SGB V an den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen einschließlich der Verordnungen gem. § 23 Abs. 2 SGB V (größer 30 %) (Anlage 7 Nr. 4)
Spalte 29:	Anteil in % der manuellen Therapie an den Gesamtverordnungen für manuelle Therapie und Krankengymnastik Gesamt (größer/gleich 70%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.1)
Spalte 30:	Anteil in % der Verordnungen für MLD 60 an den Verordnungen für MLD-Gesamt (größer/gleich 70%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.2)
Spalte 31:	Anteil in % der Fangverordnungen an den Verordnungen für Wärmetherapie-Gesamt (größer/gleich 70%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.3)
Spalte 32:	Anteil in % der Verordnungen mit Hausbesuchen an den Gesamtverordnungen (größer/gleich 70%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.7)
Spalte 33:	Bemerkungen

9c) Auswahlliste Behandlungsweise

1Die Auswahlliste für die Auffälligkeitsprüfung der Behandlungsweise gemäß § 14 (nach Durchschnittswerten) listet u.a. die Vertragsärzte auf, welche mindestens eines der nachfolgenden Aufgreifkriterien erfüllen:

1. Überschreitung des durchschnittlichen gewichteten Fallwertes in einer Leistungsgruppe um mindestens 60% bei mindestens 200.000 Punkten (10.000 EUR) im Vergleich zur Prüfgruppe.
2. Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes in einer fachgruppentypischen (Ansatz bei mindestens 50% der Arztgruppe) Einzelleistung um mindestens 200% im Vergleich zur Prüfgruppe, wenn mit dieser Leistung mehr als 50.000 Punkte (2.500 EUR) angefordert wurden.

2Alle Vergleiche bei der Behandlungsweise beziehen sich auf die Fallwerte vor honorarwirksamen Begrenzungsregelungen.

3Die Auswahlliste enthält die folgenden Daten:

Spalte 1:	Abrechnungsstelle als Zahl
Spalte 2:	Abrechnungsstelle als Langtext
Spalte 3:	Behandlungsart
Spalte 4:	Kostenträgerart Bezeichnung
Spalte 5:	Prüfgruppe (numerisch)
Spalte 6:	Prüfgruppen-Bezeichnung (als Langtext)
Spalte 7:	Fallwert der Prüfgruppe in €
Spalte 8:	Abrechnungsquartal
Spalte 9:	BSNR
Spalte 10:	Praxisname
Spalte 11:	Fallzahl kumuliert
Spalte 12:	Abweichung Fallwert von Prüfgruppe in %
Spalte 13:	Kennzeichen der Leistungsgruppe, Ausprägung ja/nein bezogen auf Überschreitung der Auffälligkeitskriterien
Spalte 14:	Leistungsgruppe

Spalte 15:	Abweichung bei Leistungsgruppe
Spalte 16:	Kennzeichen Gebührenordnungsposition Ausprägung ja/nein bezogen auf Überschreitung der Auffälligkeitskriterien
Spalte 17:	Gebührenordnungspositionen
Spalte 18:	Abweichung bei der Gebührenordnungsposition in %
Spalte 19:	Abrechnungslauf (einheitlich Verwendung des Abrechnungslaufs Null wie von Vertragspartnern abgestimmt)
Spalte 20:	Abrechnungslauf der Prüfgruppe
Spalte 21:	Anzahl Praxen der Prüfgruppe in Regionalbezirk insgesamt
Spalte 22:	Anzahl Praxen der Prüfgruppe des Regionalbezirks mit Überschreitung der Auffälligkeitskriterien
Spalte 23:	Anteil Praxen der Prüfgruppe des Regionalbezirks mit Überschreitung der Auffälligkeitskriterien in Prozent (bezogen auf Spalten 21 und 22)
Spalte 24:	Anzahl Praxen der Prüfgruppe in Bayern insgesamt
Spalte 25:	Anzahl Praxen der Prüfgruppe in Bayern mit Überschreitung der Auffälligkeitskriterien
Spalte 26:	Anteil Praxen der Prüfgruppe in Bayern mit Überschreitung der Auffälligkeitskriterien in Prozent (bezogen auf Spalten 24 und 25)

Anlage 10 – Verteiler Statistiken

Empfänger der Auswahllisten und Statistiken zur Auffälligkeitsprüfung der Verordnungs- und Abrechnungsweise

1) Zur Vorbereitung von Prüfverfahren werden die nachfolgenden statistischen Unterlagen:

1. Gesamtübersicht der Abrechnungswerte (HW0024)
2. Häufigkeitsstatistik der Abrechnungswerte (HW0021)
3. Arzneikostenstatistik (VWA301)
4. Heilmittelstatistik (VWH301)
5. Häufigkeitsstatistik nach Heilmittelpositionsnummern (VWH302)
6. PZN-Statistik GKV für Arzneimittel (PZN)
7. Auswahllisten nach § 6 Abs. 4 (VWH380, VWA380, HW0027)

nach Abschluss der Sondierung:

8. Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel (ABB060)
9. Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel (HBB060)

durch die Prüfungsstelle in einheitlicher Form im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern (z.B. CD-ROM oder DVD) folgenden Stellen zur Verfügung gestellt:

- der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- den für den Vertragsarztsitz zuständigen Dienstleistungszentren Ärzte der AOK Bayern
- dem BKK Landesverband Bayern
- der IKK classic
- der SVLFG als LKK
- der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München
- der federführenden Ersatzkasse

2) Der Vertragsarzt erhält aufgrund § 106 Abs. 3 Satz 4 SGB V folgende Unterlagen im Wege elektronischer Datenübertragung:

1. Arzneikostenstatistik (VWA301)
2. Heilmittelstatistik (VWH301)
3. Häufigkeitsstatistik nach Heilmittelpositionsnummern (VWH302)

4. PZN-Statistik GKV für Arzneimittel (PZN)
5. Gesamtübersicht der Abrechnungswerte (HW0024)
6. Häufigkeitsstatistik der Abrechnungswerte (HW0021)

zeitnah nach Information des Vertragsarztes über sein Prüfverfahren:

7. Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel (ABB060)
8. Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel (HBB060)

Die Vertragspartner behalten sich vor, die unter Nr. 1) genannten Auswahllisten und Statistiken für alle Vertragsärzte, ungeachtet der Auffälligkeitskriterien, mit vollständigen Daten, zum Zwecke der Weiterentwicklung und Fortschreibung der Prüfung, bei der Prüfungsstelle Ärzte Bayern anzufordern.

Anlage 11 - Erweiterter Einzelfallnachweis

Erweiterter Einzelfallnachweis für die Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise für Arznei- und Heilmittel

Allgemeines:

¹Der erweiterte Einzelfallnachweis wird in der Regel für alle Vertragsärzte erstellt, die nach der Sondierung in der Arzneimittel- und/oder Heilmittelprüfung sind. ²Die Einzelfallnachweise für Arznei-/Verband- und Heilmittel sind bereinigt um die besonderen Verordnungsbedarfe und den langfristigen Heilmittelbedarf.

Kopf der Statistik:

Der Kopf der Statistik enthält das Ordnungsquartal, die Betriebsstättennummer (BSNR numerisch), Prüfgruppe (PG numerisch und im Klartext), die lebenslange Arztnummer(n) (LANR numerisch) der Prüfgruppe in der Praxis, sowie Name, Vorname und Anschrift der Ärzte und der Praxis, die Kassengruppe, VKNR (Vertragskassennummer) und Kassename, Erstellungsdatum, Seitenzahl (x von x)

Im Block „Erläuterungen“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.

11a) Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel

Listenbeschreibung „Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel“

Die Statistik ist gegliedert in Kassengruppen, darunter Einzelkassen.

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

A) Versicherter

Spalte 1: Name

Spalte 2: Vorname

Spalte 3: Behandlungs-Kennzeichen
Gliederung in ärztliche Behandlung, Notfall, Überweisung, Vertretung, Mit- /Weiterbehandlung, etc.

Spalte 4: Kostenträger-Art
Regionalkassen oder Ersatzkassen

- Spalte 5: Fallnummer (laufende Nummer)
Sortierung innerhalb der Einzelkasse nach Altersgruppe (1 bis 4)
- Spalte 6: Altersgruppen (1 bis 4)
- Spalte 7: Geburtsdatum
- Spalte 8: Versichertennummer
- Spalte 9: Sonstige Kosten

B) Diagnosen

Ausgewiesen werden der/die ICD in der jeweils gültigen Fassung und der dazugehörige Langtext

C) GOPs

Ausgewiesen werden Behandlungstag mit zugehörigen EBM-Ziffer(n)

D) Arzneikosten

Spalte 1: Datum
Datum der Ausstellung der Verordnung

Spalte 2: Bezeichnung
Handelsname des Arznei-/Verbandmittels

Spalte 3: Pharmazentralnummer (PZN)

Spalte 4: Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation (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 (Brutto in €)

11b) Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel

Listenbeschreibung „Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel“

PG: 010/2 Herr, Dr. med. Barbara Beispiel, Anästhesistin
 BNR: 630106700 Beispielsgasse 7
 LANR(s): 002907804 81667 München
 Quartal: 1/2017

Datum: 12.11.2016
 Seite: 1 von 7

Kassengruppe: AOK

71101 AOK Bayern die Gesundheitskasse Zentral

Lfd Nr.	Name	Vorname	KT-Art	PG	Geb. Datum	VSNR
1	Mustermann	Tanja	RK	M	01.01.1980	Q123456789

Datum	Heilmittel	HM-Pos-Nr.	VO-Menge	VO-Art	Regel-fall	Indikations-schlüssel	Ge-samt-Brutto	Gesamt-Zuzahlung
03.01.2017	KG	20501	10	E		Ex3b	230,30	33,03
03.01.2017	Fango	21501	6	F				
03.01.2017	Hausbesuch			F				
03.01.2017	Wegpausch.			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:

03.01.2017 03111, ++9700A, ++32001

26.03.2017 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 12 – PZN Statistik

PZN-Statistik zur Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise für Arzneimittel

Allgemein:

Enthält alle kollektivvertraglichen Daten der Arznei- und Verbandmittel für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung des Vertragsarztes, aufgeteilt nach Pharmazentralnummern (PZN).

Kopf der Statistik:

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

Deckblatt:

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

- Spalte 1: Rang
absteigende Sortierung nach Kosten der PZN
- Spalte 2: PZN
maximal 8stellige Pharmazentralnummer, führende „Nullen“ werden ausgeblendet. Mehrfachausweisung in Abhängigkeit der Zuordnung nach Spalte 7 möglich; alle anderen Daten der Spalten 3 bis 10 werden entsprechend zugeordnet.
- Spalte 3: Arzneimittel
Handelsbezeichnung des Arznei-/Verbandmittels (inkl. Stärkenangabe, Darreichungsform etc.)
- Spalte 4: Kosten (Brutto in €)
Summe der Kosten identischer PZNs
- Spalte 5: Anzahl DDD
Tagestherapiekosten des Arzneimittels
- Spalte 6: ATC_CODE
Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation, angepasst nach WIDO, Sortimentbuchstaben A oder B wird vorangestellt, in der Regel siebenstellig

- Spalte 7: Zuordnungen
Bewertung zu wirtschaftlichen (2) und unwirtschaftlichen (0) Arzneimitteln im Rahmen der Wirkstoffvereinbarung
- Spalte 8: WSV-ZIEL
Ziel gemäß der Wirkstoffvereinbarung, falls vorhanden.
- Spalte 9: Normgröße
Normgröße gemäß der Packungsgrößenverordnung (PackungsV), N1, N2, N3, bei Verbandsstoffen keine
- Spalte 10: Faktor
Anzahl der jeweiligen PZN pro Bezeichnung

Im Block „Erläuterungen“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.

Anlage 13 – Datenlieferungen / Datensatzbeschreibungen

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verwaltungs- und Abrechnungsweise

¹Die Datenlieferung für die Wirkstoffprüfung gem. § 16 richtet sich nach der WSV. ²Für die Prüfungen nach den § 17 bis 20 sind die entsprechenden Daten zur Erstellung der erforderlichen Listen und Unterlagen von den Krankenkassen und der KVB spätestens Ende des 10. Monats nach (Prüf-)Quartalsende an die Prüfungsstelle zu liefern. ³Für die Stichprobenprüfung gem. § 13 richtet sich die Datenlieferung nach § 13 Abs. 2 Satz 3. ⁴Für die Prüfung nach § 14 sollen die entsprechenden Daten zur Erstellung der erforderlichen Listen und Unterlagen von der KVB spätestens Ende des 4. Monats des zu prüfenden Leistungsquartals an die Prüfungsstelle geliefert werden.

⁵Die (zweite) Datenlieferung für die Erstellung der erweiterten Einzelfallnachweise erfolgt durch die Krankenkassen und die KVB spätestens 1 Monat nach Anforderung durch die Prüfungsstelle.

⁶Die Qualität (Inhalt und Umfang) der Datenlieferungen überwacht die Prüfungsstelle. ⁷Bei Auffälligkeiten, die das Prüfgeschehen gefährden, sind die Vertragspartner umgehend über die erforderlichen bzw. veranlassten Maßnahmen zu informieren.

⁸Die Datensatzbeschreibungen sind sowohl für die verschlüsselten (1. Lieferung) als auch die unverschlüsselten Datenlieferung (2. Lieferung) an die Prüfungsstelle festzulegen.

⁹Um eine ordnungsgemäße Datenlieferung (1. und 2. Lieferung) zu gewährleisten, verständigen sich die Vertragspartner auf folgende Datensatzbeschreibungen:

- a. Arzneimittel
- b. Heilmittel
- c. Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten
- d. Behandlungsdaten
- e. Ggf. sonstige erforderliche Daten

¹⁰Die Datensatzbeschreibungen werden von den Vertragspartnern laufend aktualisiert und der Prüfungsstelle zur Verfügung gestellt.