

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Prüfvereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
(nachfolgend KV Nordrhein genannt)

und

**der AOK Rheinland/Hamburg –
Die Gesundheitskasse
dem BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen
der IKK Nordrhein
der Knappschaft
der Landwirtschaftlichen Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen**
(nachfolgend Krankenkassen genannt)

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KV Nordrhein), die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, der Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen, die IKK Nordrhein, die Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen, die Knappschaft, der Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V. und der Arbeiter Ersatzkassenverband e.V., vertreten durch die VdAK/AEV Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, - nachfolgend Krankenkassen genannt - schließen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein gemäß § 106 SGB V in Verbindung mit der Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse nach § 106 Absatz 4 a SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung - Wi-PrüfVO) folgende Prüfvereinbarung:

Präambel

Die Vertragspartner haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden. Die nachstehende Prüfvereinbarung dient der Konkretisierung dieses Wirtschaftlichkeitsgebotes.

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich

1. Diese Prüfvereinbarung regelt die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztli-

chen Versorgung. Sie findet Anwendung für die vertragsärztliche Tätigkeit der zugelassenen Ärzte/Psychotherapeuten, der im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte und der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte sowie für die ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen (nachfolgend Arzt genannt).

2. Die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt gemeinsam durch die Krankenkassen und die KV Nordrhein. Die Bestimmungen der Prüfvereinbarung sind verbindlich.

§ 2

Beteiligte des Prüfverfahrens

Verfahrensbeteiligte vor den Prüfungseinrichtungen sind der in die Prüfung einbezogene Arzt, die KV Nordrhein und die Krankenkassen in Nordrhein, für deren Versicherte der zu prüfende Arzt Leistungen abgerechnet und/oder verordnet hat.

§ 3

Prüfungseinrichtungen

1. Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung werden eine Prüfungsstelle und ein Beschwerdeausschuss bei der Hauptstelle der KV Nordrhein in Düsseldorf gebildet.
2. Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss sind gemeinsame Einrichtungen der Vertragspartner und tragen die Bezeichnung „Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen Nordrhein“ bzw. „Beschwerdeausschuss der Ärzte und Krankenkassen Nordrhein“
3. Beide Stellen sind als selbständige organisatorische Einheiten bei der Hauptstelle der KV Nordrhein eingerichtet. Sie nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt.
4. Eine Trennung der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses von den übrigen Bereichen der KV Nordrhein im Hinblick auf die Datenlieferung an sie (vergl. § 296 ff. SGB V) ist von der KV Nordrhein zu gewährleisten. Der Leiter der Prüfungsstelle führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsstelle und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78a SGB X gerecht wird.

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

5. Über die Ausstattung der Prüfungsstelle mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen personellen Mitteln, Sachmitteln und Finanzen entscheiden die Vertragspartner gemäß § 106 Abs. 4a Satz 3 SGB V.
6. Die Kostentragung der gemeinsamen Einrichtungen erfolgt gemäß § 106 Abs. 4a Satz 7 SGB V durch die KV Nordrhein und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. Kosten für die entsandten Vertreter des Beschwerdeausschusses werden von der entsendenden Stelle selbst getragen. Das Nähere hinsichtlich des Kostenanteils der Primärkassen ist in einer zusätzlichen Vereinbarung geregelt. Der Kostenanteil der Ersatzkassen wird bis auf weiteres nach § 13 des Gesamtvertrages abgegolten. Die Entschädigung für die von den Verbänden der Ersatzkassen berufenen Ausschussmitglieder zahlt die KV Nordrhein in gleicher Höhe wie für die von ihr berufenen Mitglieder.
7. Für die Erstellung und Übermittlung der nach dieser Vereinbarung vorgesehenen statistischen Unterlagen an die Prüfungsstelle machen die Vertragspartner – soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist – gegenseitig keine Kosten geltend.
8. In Fallkonstellationen, in denen einer der Vertragspartner dem in die Prüfung involvierten Arzt die notwendigen Aufwendungen gem. § 63 SGB X zu erstatten hat (z. B. zurückgewiesener Widerspruch eines der Vertragspartner oder Rücknahme des Prüfungsantrags/ Widerspruchs), übernehmen die Vertragspartner die Kosten zu gleichen Teilen.

§ 4

Beratende Stellen

1. Zur Vorbereitung der Entscheidungen kann die Prüfungsstelle sich Beratungskommissionen bedienen. Die Beratungskommissionen bestehen aus Vertretern der Vertragspartner in gleicher Zahl; In den Beratungskommissionen soll jeweils medizinischer bzw. pharmakologischer Sachverstand repräsentiert sein.
2. Um Entwicklungen im Prüfwesen absehen und ggfs. kurzfristig reagieren zu können, begleitet ein Gremium aus Vertretern der Vertragsparteien die Tätigkeit der Prüfungsstelle.
3. Die Ergebnisse der Beratungen der Einrichtungen nach Nr. 1 und 2 werden dokumentiert und den Vertragsparteien und soweit notwendig den Prüfungseinrichtungen übermittelt.

§ 5

Besetzung des Beschwerdeausschusses

1. Dem Beschwerdeausschuss gehören je 4 Vertreter der KVNo und der Krankenkassen sowie jeweils ein unparteiischer Vorsitzender an. Die Vertragspartner stellen sicher, dass Stellvertreter für Ausschussmitglieder in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.
2. Für die jeweilige Sitzung werden aus dem Ausschuss Berichterstatter bestimmt. Diese tragen die Ergebnisse der Datenaufbereitung durch die Prüfungsstelle (§ 106 Abs. 4 a S. 6 SGB V) vor. Das Nähere zur Bestimmung der Berichterstatter und die Zusammenstellung der für die Vorbereitung erforderlichen Unterlagen regelt die Geschäftsordnung des Beschwerdeausschusses.
3. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt 2 Jahre (Amtsperiode), beginnend mit dem 01.01.2008. Werden Mitglieder während einer laufenden Amtsperiode bestellt, endet ihre Mitgliedschaft mit dem Ende der laufenden Amtsperiode. Die Mitglieder bleiben nach Ablauf der Amtsperiode im Amt bis ihre Nachfolger eintreten. Die vorzeitige Entbindung eines Mitgliedes von seinem Amt ist durch die bestellende Körperschaft möglich.
4. Der Beschwerdeausschuss ist beschlussfähig, wenn der unparteiische Vorsitzende und mindestens je 2 Vertreter der KV Nordrhein und der Krankenkassen anwesend sind. Sofern nicht ein Mitglied einer ggf. überparitätisch repräsentierten Ausschussgruppe freiwillig auf die Teilnahme verzichtet, wird das überzählige Mitglied durch Los ermittelt. Die Entscheidung erfolgt nach Stimmenmehrheit. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

§ 6

Rechtsstellung/Entschädigung der Beschwerdeausschussmitglieder

1. Die Ausschussmitglieder des Beschwerdeausschusses und ihre Stellvertreter üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie sind bei der Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden.
2. Ein Mitglied darf bei Prüfung seiner eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit sowie der eines Angehörigen im Sinne des § 16 Abs. 5 SGB X nicht mitwirken.
3. Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende des Beschwerdeausschusses erhalten insgesamt ein monatliches Pauschalhonorar, dessen Höhe von den Vertragspartnern gesondert vereinbart wird. Dieses Pauschalhonorar setzt sich aus einer Grund-

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

pauschale sowie einer Sitzungspauschale zusammen und schließt die gegenseitige Vertretung, insbesondere im Fall von Krankheit oder Urlaub, mit ein. Reisekosten fallen nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamten des Landes NRW nach der jeweils höchsten Reisekostenstufe an.

4. Der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses und im Falle seiner Verhinderung sein Stellvertreter vertritt den Ausschuss grundsätzlich gerichtlich und außergerichtlich. Für die gerichtliche Vertretung kann eine gesonderte Vergütung vereinbart werden.
5. Vorbehaltlich abweichender Vereinbarungen erhalten die Mitglieder des Beschwerdeausschusses Erstattung ihrer Auslagen sowie eine Entschädigung für Aufwand und Zeitverlust nach den für die Mitglieder der Organe der von ihnen vertretenen Körperschaften geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich gegen die Körperschaft, die sie bestellt hat.

§ 7

Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

1. Das Verfahren wird in einer Geschäftsordnung des Ausschusses nach § 1 Abs. 3 *WiPrüfVO* geregelt.
2. Die Sitzungen sind nicht öffentlich. Die Anwesenheit der Protokollführung und von den Prüfungseinrichtungen hinzugezogener Personen ist gestattet. Beratung und Abstimmung sind geheim.

§ 8

Aufgaben des Beschwerdeausschusses

1. Der Beschwerdeausschuss entscheidet über die Widersprüche gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt, außer in den in § 106 Abs. 5 S. 8 *SGB V* genannten Fällen, als Vorverfahren im Sinne des § 78 *SGG*.
2. § 9 Abs. 4 und 5 dieser Prüfvereinbarung gelten entsprechend.

§ 9

Prüfungsstelle

1. Die Vertragspartner bestimmen die Leitung der Prüfungsstelle gem. § 106 Abs. 4a S. 3 *SGB V*.
2. Das Personal und die sachliche Ausstattung der Prüfungsstelle sind in Abstimmung mit den Vertragspartnern so zu bemessen, dass eine ordnungsgemäße Vor- und Nachbereitung sowie ein reibungsloser Ablauf der Prüfverfahren unter Beachtung der gesetzlichen Anforderungen gewährleistet ist.

3. Die Prüfungsstelle hat neben ihren sich aus § 106 *SGB V* und der *WiPrüfVO* ergebenden Aufgaben die Vertretung vor den Sozialgerichten in den Fällen des 106 Abs. 5 *SGB V* sicherzustellen bzw. einen Bevollmächtigten zu beauftragen.

4. Die Prüfungsstelle entscheidet, ob der Arzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahme konkret zu treffen ist. Dabei soll eine gezielte Beratung anderen Maßnahmen in der Regel vorangehen. Die Beratung kann Dritten übertragen werden. Dabei kann die Beratung schriftlich oder mündlich erfolgen.

5. Die Prüfungsstelle prüft

- a. die Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit
- b. die Wirtschaftlichkeit und Zulässigkeit der Verordnungstätigkeit, hierzu gehören Verordnungen von
 - Arznei- und Verbandmitteln
 - Sprechstundenbedarf
 - Heilmitteln
 - Hilfsmitteln
- c. die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, sowie die Häufigkeit und den Umfang sonstiger veranlasster Leistungen, insbesondere aufwendiger medizinisch technischer Leistungen
- d. das Vorliegen eines sonstigen Schadens.

6. Werden in der Abrechnung wesentliche, die Statistik beeinflussende Fehler oder Besonderheiten festgestellt, die bei der rechnerischen und sachlichen Überprüfung sowie bei den Prüfungen nach § 106a *SGB V* (Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung) zu beachten sind, so teilt die Prüfungsstelle dies der zuständigen Bezirksstelle der KV Nordrhein mit. Das Verfahren kann nach entsprechender Überprüfung bis zur Erteilung eines Bescheides über eine sachlich-rechnerische Berichtigung ausgesetzt werden. Die Aussetzung ist zu begründen.

7. Ergeben sich aus Anlass eines Prüfverfahrens Tatsachen, die die Einleitung von außerhalb des Prüfverfahrens liegenden Maßnahmen angezeigt erscheinen lassen, so hat die Prüfungsstelle die KV Nordrhein und die Krankenkassen über ihre Erkenntnisse zu unterrichten.

8. Die Prüfungsstelle teilt der KV Nordrhein und den Krankenkassen einmal im Quartal die durch die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen für Honorarkürzungen und Regresse festgesetzten Beträge arztbezogen mit. Auf der Grundlage dieser Mitteilung ermittelt die KV Nordrhein die auf die einzelnen

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Krankenkassen entfallenden Anteile an den Regressbeträgen.

§ 10

Haushalt und Berichtswesen

1. Die Prüfungsstelle erstellt für jedes Kalenderjahr einen Haushaltsplan und legt diesen den Vertragspartnern zur Genehmigung vor. Der Haushaltsplan ist so zu gestalten, dass Nachträge möglichst vermieden werden. Stichtag für die Erstellung des Haushaltsplans ist der 30. September des Vorjahres. Mit Übersendung des Haushaltsplans sind die Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen einzuladen. Die Vertragspartner haben sich über den Haushaltsplan bis zum 30. November zu einigen.
2. Im Haushaltsplan sind die Beträge für die einzelnen Aufwandspositionen, wie z. B. die Aufstellung der Gehälter zzgl. Nebenkosten und Fortbildungskosten, die voraussichtlichen Aufwendungen für die Räume, Betriebs- und Geschäftsausstattung einschließlich des üblichen Büromaterials, Telekommunikation, Versicherungen sowie die Aufwendungen für die Dienstleistungen, für die Sitzungen des Beschwerdeausschusses sowie für die Erstattung der außergerichtlichen Kosten und der Gerichtskosten detailliert anzugeben. Grundlage für die Erstellung des Haushaltsplans sind die für die KV geltenden gesetzlichen Regelungen.
3. Die Rechnungslegung erfolgt nach den für die Vereinbarungspartner geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
4. Die Prüfungsstelle erstellt spätestens zwei Monate nach Ablauf eines Geschäftsjahres einen Rechenschaftsbericht nach § 4 Abs. 4 *Wi-PrüfVO* über die Kosten des abgelaufenen Geschäftsjahres. Dieser Bericht ist den Vertragspartnern vorzulegen.
5. Die Prüfungsstelle erstellt am Jahresende für das Kalenderjahr einen Tätigkeitsbericht nach § 106 Abs. 7 *SGB V*. Dieser ist den Vertragspartnern bis zum 15. Februar des Folgejahres vorzulegen.
6. Der Leiter der Prüfungsstelle erstellt einen Organisationsplan (Aufbauorganisation) für die Errichtung der Prüfungsstelle. In diesem wird festgelegt, wie viel Personal für welche Aufgaben benötigt wird. Der Organisationsplan ist zielgerecht anzupassen, sofern gesetzliche oder sonstige Änderungen (Aufgabenstellung, Organisationsoptimierung etc.) dies erfordern. Die Unabhängigkeit des Personals ist sicherzustellen.

7. Der Leiter der Prüfungsstelle erstellt einen Ablaufplan (Prozessorganisation).
8. Die Prüfungsstelle führt ein laufendes Verzeichnis über die eröffneten Prüfverfahren, den Verfahrensstand, Widersprüche, Klageverfahren sowie deren Ergebnisse.
9. Die Prüfungsstelle stellt den Vertragspartnern die nach Absatz 8 genannten Unterlagen unterjährig und kontinuierlich zur Verfügung.

§ 11

Prüfungsarten und Antragsverfahren

1. Die Prüfungseinrichtungen prüfen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch
 - a) arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach (Auffälligkeitsprüfung)
 - b) arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)
 - c) Prüfung ärztlicher Leistungen (Behandlungstätigkeit) nach Durchschnittswerten
 - d) arztbezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten
 - e) Prüfung in besonderen Fällen.
2. Mit Ausnahme der in Abs. 1 a) und b) genannten Prüfungsarten sowie der Prüfung der Arzneiverordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten (§ 14 Abs. 2-7) werden die Einrichtungen auf schriftlichen Antrag tätig. Für die Antragsanfordernisse und Fristen gelten die nachstehend für die jeweilige Prüfungsart getroffenen Regelungen. Die Anträge sind den Verfahrensbeteiligten, soweit sie nicht Antragsteller sind, insbesondere dem betroffenen Arzt, unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Dabei soll dem betroffenen Arzt mit einer zweiwöchigen Äußerungsfrist Gelegenheit zur Stellungnahme zum Prüfantrag gegeben werden.
3. Über Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist innerhalb einer Frist von 6 Monaten bzw. über Widersprüche gegen den Bescheid der Prüfungsstelle innerhalb einer Frist von 3 Monaten zu entscheiden.

§ 12

Prüfung verordneter Leistungen bei Überschreitung vereinbarter Richtgrößen (Auffälligkeitsprüfung)

1. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneiverordnungstätigkeit bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina (Auffälligkeitsprüfung) erfolgt in der Regel für den Zeitraum eines Kalenderjahres. Die An-

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

lage 2 zur Prüfvereinbarung legt arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen verordneter Arznei- und Verbandmittel fest und regelt das weitere Verfahren.

2. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Heilmittelverordnung bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina (Auffälligkeitsprüfung) erfolgt in der Regel für den Zeitraum eines Kalenderjahres. Die Anlage 3 zur Prüfvereinbarung legt arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen verordneter Heilmittel fest und regelt das weitere Verfahren.
3. Die Prüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden.

§ 13

Prüfung der Behandlungs- und Verordnungstätigkeit auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)

1. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch arztbezogene Prüfung auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V erstreckt sich auf die Gesamttätigkeit des Arztes im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.
2. Die Stichprobe wird aus 100 % der Ärzte je Quartal gezogen und erfasst mindestens 2%. Hieraus wird die Stichprobengruppe gebildet, bei der die Gesamttätigkeit gem. § 106 Abs. 2 Satz 1 SGB V geprüft wird. Die Stichprobengruppe umfasst diejenigen Ärzte, die die Aufgreifkriterien des § 14 Abs. 2 dieser Prüfvereinbarung erfüllen und bei der Anzahl ihrer Überweisungen/Zuweisungen an andere Vertragsärzte den Durchschnitt ihrer Fachgruppe überschreiten. Dabei wird die Gesamttätigkeit im Sinne des § 106 Abs. 2 SGB V zunächst bei den Ärzten geprüft, die den Durchschnitt der Fachgruppe bei Überweisungen/Zuweisungen um 50% oder mehr überschreiten.
3. Von der Stichprobenprüfung wird abgesehen, wenn
 - a) ein Arzt erst weniger als 4 Quartalsabrechnungen vorgelegt hat
 - b) in dem zur Prüfung anstehenden Quartal weniger als 100 Behandlungsfälle abgerechnet wurden oder
 - c) anerkannte Praxisbesonderheiten aktenkundig sind.

§ 14

Auswahl und Prüfung der ärztlichen Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten

1. Unverzüglich, spätestens 10 Werkzeuge nach Vorliegen der durch die KV Nordrhein in Anlage 4 definierten arztbezogenen und fachgruppenbezogenen erstellten Gesamtübersichten vor Prüfung sowie der Frequenztabellen verständigen sich die KV Nordrhein und die Krankenkassen darüber, bei welchen Ärzten ein gemeinsamer Antrag auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten gestellt wird. Die KV Nordrhein stellt den von den Krankenkassen benannten Stellen die Honorarstatistiken zur Verfügung.
2. Ein gemeinsamer Prüfantrag soll - vorbehaltlich ersichtlicher Praxisbesonderheiten oder kausaler Einsparungen - gestellt werden, wenn
 - a. die Honoraranforderung des einzelnen Arztes in den Leistungsarten ambulant-kurative oder stationär-kurative Behandlung den jeweiligen Fachgruppenwert um mehr als 30 v. H. überschreitet
 - b. die Honoraranforderung des einzelnen Arztes in den kurativen Leistungssparten den jeweiligen Fachgruppenwert um mehr als 40 v. H. überschreitet
 - c. die relative Abrechnungsfrequenz des Arztes bei einzelnen EBM-Leistungspositionen den Fachgruppenwert in einem Ausmaß von mehr als 100 v. H. überschreitet.
3. Kommt es nicht zu einer gemeinsamen Antragstellung, können die KV Nordrhein, die Krankenkassen, ihre Verbände oder die von den Verbänden benannten Stellen innerhalb von 2 weiteren Werktagen eigenständige Prüfanträge stellen.
4. Ist ein Antrag gestellt, entscheidet die Prüfungsstelle darüber, ob die Honorarabrechnung des Arztes den Grundsätzen einer wirtschaftlichen Behandlungstätigkeit entspricht. Die Prüfung erfasst die gesamte Abrechnung des Arztes; Anträge wirken zugunsten aller Kassen, zu deren Lasten der Arzt Leistungen abgerechnet hat.
5. Steht die durchschnittliche Honoraranforderung eines Arztes je Behandlungsfall in Leistungsarten oder Leistungssparten in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten seiner Fachgruppe, kann die Prüfungsstelle eine auf einer Schätzung beruhende pauschale Honorarkürzung ohne Angabe einer besonderen Begründung vornehmen, es sei denn, die Überschreitung nach Kürzung liegt unterhalb der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis. In diesem Fall ist die Schätzung besonders zu begründen.

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

6. Bei Ermessensentscheidungen muss die Begründung auch die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen die Prüfungsstelle bei Ermessensausübung ausgegangen ist.
 7. Kürzungen sind auch dann zulässig, wenn die relativen Abrechnungsfrequenzen eines Arztes in einzelnen Leistungen die Durchschnittswerte der Fachgruppe erheblich -i.S.d. Abs. 2- übersteigen. Bei dieser Prüfung sind der Anteil der Ärzte, die die einzelnen Leistungen ebenfalls abrechnen, sowie die durchschnittliche Abrechnungsfrequenz der Leistungen bei diesen Ärzten zur Vergegenwärtigung der statistischen Aussagekraft der Durchschnittswerte zu berücksichtigen. Außerdem hat die Prüfungsstelle unmittelbar zu prüfen, inwieweit bei anderen Leistungen ursächliche kompensatorische Einsparungen vorliegen.
 8. Weiter ist zu berücksichtigen, ob ein Mehraufwand gegenüber den Durchschnittswerten der Fachgruppe des Arztes durch Besonderheiten seiner Praxis gerechtfertigt ist oder ein Mehraufwand durch Einsparungen bei anderen Leistungen im ursächlichen Zusammenhang ausgeglichen wird. Einsparungen und Praxisbesonderheiten sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie aus der Abrechnung des Arztes erkennbar oder in anderer Weise feststellbar sind.
 9. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind unter Hinweis auf frühere Maßnahmen pauschale Honorarkürzungen auszusprechen (§ 106 Abs. 3 Satz 4 SGB V).
 10. Kann die Prüfungsstelle in Ausnahmefällen die Prüfung nicht vor dem Zeitpunkt der quartalsbezogenen Feststellung der Honoraransprüche abschließen, erhält der betroffene Arzt von ihr einen Zwischenbescheid und von der KV Nordrhein mit Erteilung des Honorarbescheides den ausdrücklichen Hinweis, dass die Höhe seines Honoraranspruchs erst mit der Entscheidung der Prüfungsstelle feststehen wird und Zahlungen der KV Nordrhein bis zu diesem Zeitpunkt nur unter dem Vorbehalt der jederzeitigen Verrechnung mit Honorarkürzungen stehen.
- gen geprüft, soweit nicht eine Richtgrößenprüfung durchgeführt wird. Die Einordnung der Vertragsärzte in Arztgruppen entspricht derjenigen Arztgruppenspezifizierung nach Anlage 1 der Prüfvereinbarung (Definition Arztgruppen bzw. Arztuntergruppen). Bei einer Überschreitung im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses erfolgt eine Überprüfung. Die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte erhalten eine für das jeweilige Verfahren erstellte Durchschnittswertstatistik.
2. Für die Prüfung der Arzneiverordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten werden arztgruppenspezifische statistische Erhebungen zugrunde gelegt.
 3. Die Krankenkassen erheben – jeder Verband für seinen Kassenartbereich – quartalsbezogen für jeden Vertragsarzt die Kosten der verordneten Arznei- und Verbandmittel und übermitteln der Prüfungsstelle als Ergebnis dieser Datenerhebung folgende Angaben:
 - Arztnummer
 - Betriebsstättennummer
 - Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, jeweils unterteilt nach Versichertenstatus M, F, R und in der Gesamtangabe G
 - Summe der Arzneimitteltuzahlungen, jeweils unterteilt nach Versichertenstatus M, F, R und in der Gesamtangabe GDie bereits im Rahmen der Prüfung nach § 12 dieser Prüfvereinbarung übermittelten Daten können dabei genutzt werden.
 4. Die KV Nordrhein übermittelt die im jeweiligen Quartal vom Vertragsarzt abgerechneten Behandlungsfälle.
 5. Die Prüfungsstelle führt die von den Krankenkassen sowie die von der KV Nordrhein erhaltenen Daten zur weiteren Prüfung arztbezogen zusammen. Sie erstellt auf dieser Grundlage eine arzt- und quartalsbezogene „Arzneikostenstatistik Durchschnittswertprüfung.“ Den Aufbau und die Inhalte der „Arzneikostenstatistik Durchschnittswertprüfung“ stimmen die Vertragspartner im Einzelnen ab. Die Prüfungsstelle übermittelt den von den Verbänden benannten Stellen die arztbezogenen Arzneikostenstatistiken auf Datenträgern.
 6. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneiverordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten erfolgt in der Regel, sobald die von den Verbänden benannten Stellen die für die Prüfung erforderlichen Daten der Prüfungsstelle übermittelt haben. Die Prüfungsstelle erstellt die zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 SGB V relevanten Statistikdaten und benennt den Krankenkassen so-

§ 15

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten

1. Die Wirtschaftlichkeit der Verordnungen von Arznei- und Verbandmitteln (Arzneiverordnungstätigkeit), Heilmitteln und von Sprechstundenbedarf wird quartalsbezogen auf der Basis arztgruppenspezifischer Durchschnittswerte nach Maßgabe der dazu in den folgenden Absätzen getroffenen Regelungen

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

wie der KV Nordrhein die in eine Prüfmaßnahme zu involvierenden Ärzte.

7. Für die nach *Absatz 6* in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte übermitteln die Krankenkassen – jeder Verband für seinen Kassenartbereich – maschinell verwertbare Datenträger für den Prüfzeitraum mit den in der Anlage 2 zur Prüfvereinbarung definierten Inhalten. Die Prüfungsstelle führt die Datenlieferungen der Verbände arztbezogen zusammen und bereitet sie im Weiteren zu Übersichten über Behandlungsfälle, Arzneimittelindikationsgruppen und verordnete Einzelmedikamente auf. Die Aufbereitungen dienen als Grundlage der intellektuellen Würdigung der Arzneiverordnungstätigkeit im Rahmen der Prüfmethode des statistischen Kostenvergleichs. Die Datenlieferungen der Verbände und die daraus zusammengestellten Übersichten sollen die Verordnungen möglichst vollständig widerspiegeln; sie müssen aber zur Gewährleistung einer ausreichenden Repräsentativität im Mindestmaß 75 % der für den Vertragsarzt nach der „Arzneikostenstatistik Durchschnittswertprüfung“ zugrunde liegenden Verordnungskosten umfassen.
8. Für die Prüfung der Verordnungen von Heilmitteln nach Durchschnittswerten erheben die Krankenkassen – jeder Verband für seinen Kassenartbereich – quartalsbezogen für die Vertragsärzte, deren Behandlungsspektrum typischerweise die Verordnung von Heilmitteln einschließt, folgende Angaben:
 - Arztnummer
 - Betriebsstättennummer
 - Summe der Bruttokosten der verordneten Heilmittel nach Heilmittelgruppen, jeweils unterteilt nach Versichertenstatus M, F, R und in der Gesamtangabe G
 - Summe der Heilmittelzuzahlungen, jeweils unterteilt nach Versichertenstatus M, F, R und in der Gesamtangabe G
 - Heilmittelpositionsnummer
 - IndikationsschlüsselDie bereits im Rahmen der Prüfung nach § 12 dieser Prüfvereinbarung übermittelten Daten können dabei genutzt werden.
9. Die Verbände übermitteln die nach *Abs. 8* erhobenen Daten, die KV Nordrhein übermitteln die im jeweiligen Quartal vom Vertragsarzt abgerechneten Behandlungsfälle an die Prüfungsstelle. Diese führt die erhaltenen Daten arztbezogen zusammen und ergänzt sie um die Zahl der vom Vertragsarzt im jeweiligen Quartal abgerechneten Behandlungsfälle, jeweils unterteilt nach Versichertenstatus M, F, R und in der Gesamtangabe G sowie zusätzlich getrennt nach Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung einerseits und übrige Fallzahlen andererseits. Die Prüfungsstelle erstellt auf dieser Grundlage eine arzt- und quartalsbezogene „Arztstatistik Durchschnittswertprüfung Heilmittelverordnungen“. *Absatz 5 Sätze 3 bis 4* gelten entsprechend.
10. Die Prüfung der Verordnungen von Heilmitteln nach Durchschnittswerten durch die Prüfungsstelle erfolgt, soweit nicht eine Richtgrößenprüfung durchgeführt wird, auf Antrag eines Verbandes der Krankenkassen, einer vom Verband benannten Stelle oder der KV Nordrhein. Mehrere Antragsberechtigte können gemeinsame Prüfanträge stellen. Anträge sollen sich auf einen Zeitraum von vier aufeinander folgenden Quartalen, beginnend mit dem vorletzten Quartal vor Antragstellung, beziehen. Die Anträge sind auf der Grundlage der innerhalb der Lieferfristen nach § 3 der Richtgrößenvereinbarung für Heilmittel übermittelten Daten innerhalb von 2 Monaten zu stellen und zu begründen.
11. Für ein Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arznei- bzw. Heilmittelverordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten werden gem. § 106 Abs. 2c ergänzend die elektronischen Abbilder der Heilmittelrezepte (Images) bzw. die Originalrezepte des Arztes hinzugezogen, wenn und soweit dies erforderlich ist. Hat die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten, ermittelt sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes und rechnet die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit Arztpraxis hoch. Im Übrigen sind die „Arztstatistik Durchschnittswertprüfung Heilmittelverordnungen“ und die Übersichten nach *Absatz 9* die prüfrelevanten Unterlagen.
12. Sofern die Richtigkeit der Datenlieferungen anhand einer Stichprobe überprüft wird, muss die Stichprobe mindestens 20 % der abgerechneten Fallzahl des Arztes, mindestens jedoch 100 Fälle umfassen. Die durchschnittlichen Verordnungskosten der Stichprobe müssen den durchschnittlichen Verordnungskosten der Gesamtfallzahl der Praxis entsprechen.
13. Für die Prüfung der Verordnung von Sprechstundenbedarf nach Durchschnittswerten führen die Krankenkassen für jeden Arzt statistische Erhebungen über den Kostenaufwand dieses Verordnungsbereichs insgesamt und je Behandlungsfall (SSB-Statistik). Als Behandlungsfälle zur Berechnung des durchschnittlichen Fallkostenaufwandes innerhalb der SSB-Statistik gelten alle vom Arzt für das jeweilige Quartal abgerechneten Behandlungsausweise einschl. aller Überweisungen. Die statistischen Erhebungen haben einen Arztgruppenvergleich ge-

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

mäß Anlage 1 mit Ausweisung der absoluten und prozentualen Fallwertabweichungen vorzusehen. Die statistischen Erhebungen sind der Prüfungsstelle, der KV Nordrhein sowie den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

14. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Verordnungen von Sprechstundenbedarf nach Durchschnittswerten erfolgt auf Antrag der von den Verbänden mit der Kostenabwicklung für den Bereich des Sprechstundenbedarfs beauftragten Krankenkasse oder der KV Nordrhein. Anträge sollen sich auf einen Zeitraum von vier aufeinander folgenden Quartalen beziehen. Die Anträge sind auf der Grundlage der innerhalb der Lieferfristen nach § 15 Abs. 2 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern übermittelten Daten innerhalb von 3 Monaten zu stellen und zu begründen. Liegen die erforderlichen Daten nicht innerhalb der genannten Fristen vor, kann ein Antrag nicht mehr gestellt werden. Als für die Prüfung notwendige Unterlagen sind die zur Verordnung von Sprechstundenbedarf ausgestellten Verordnungsblätter (Images) vollständig beizubringen.

§ 16

Prüfung in besonderen Fällen

1. Auf Antrag der Vertragspartner prüft die Prüfungsstelle gemäß § 106 Abs. 3 Satz 3 SGB V auch, ob der Vertragsarzt
 - a) in Einzelfällen unwirtschaftliche Behandlungsleistungen abgerechnet hat
 - b) durch Veranlassung von Auftragsleistungen, Verordnung von Krankenhausbehandlung oder bei der Verordnung von Arbeitsruhe gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat
 - c) bei Verordnungen in ungerechtfertigter Weise Rechtsverordnungen oder Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen unbeachtet gelassen bzw. unwirtschaftliche Arzneimittelwendungen veranlasst hat
 - d) entgegen den vertraglichen Regelungen unzulässige Anforderungen von Sprechstundenbedarf vorgenommen hat
 - e) durch schuldhafte Verletzung vertragsärztlicher Pflichten einen sonstigen Schaden verursacht hat.
2. Zur sachgerechten Durchführung der Prüfung sind die Antragsteller gehalten, innerhalb von 2 Monaten nach Antragstellung den Antrag zu begründen und die für die Prüfung notwendigen Unterlagen beizufügen. Anträge haben die Höhe der als unwirtschaftlich abgerechneten bzw. ungerechtfertigt veranlasst vermuteten Kosten anzugeben. Vorbehaltlich abweichender Regelungen im Bundesmantel-

vertrag können in den Fällen des Abs. 1 a)-c) Anträge innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Abschluss des Quartals gestellt werden, in dem der vom Antrag erfasste Sachverhalt angefallen ist. Anträge nach Abs. 1 d) und e) können innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Ablauf des Quartals gestellt werden, in dem die Krankenkassen von der Entstehung des Schadens und der Person des Ersatzpflichtigen Kenntnis erlangt haben bzw. hätten erlangen können.

3. Anträge nach Abs. 1 a)-e) sind nur zulässig, soweit der jeweilige gesamte für die Antragstellung ermittelte Schadensbetrag je Arzt mindestens 150 € beträgt. Dabei sollen sich die Anträge auf einen Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Quartalen beziehen. Die Antragsfristen nach Abs. 2 beziehen sich dann auf das letzte von dem Antrag betroffene Quartal.

§ 17

Inkrafttreten, Übergangsregelung, Kündigung

1. Diese Prüfvereinbarung tritt am 01.01.2008 in Kraft.
2. Sie kann mit dreimonatiger Kündigungsfrist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Prüfvereinbarung gilt diese Vereinbarung weiter.
3. Soweit in diesem Vertrag auf gesetzliche Vorschriften oder sonstiges Recht Bezug genommen wird, gilt die jeweils neueste Fassung.
4. Nebenabreden, Änderungen oder Ergänzungen zu diesem Vertrag sind nur gültig, wenn sie schriftlich vereinbart worden sind.

Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder ihre Rechtswirksamkeit später verlieren, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An Stelle der unwirksamen Bestimmung soll, soweit rechtlich zulässig, eine andere angemessene Regelung gelten, die dem am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Unwirksamkeit der Bestimmung gekannt hätten. Erweist sich die Vereinbarung als lückenhaft, nehmen die Parteien unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben eine entsprechende Ergänzung vor.

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Protokollnotiz

Aufgrund der durch das GKV-WSG vorgegebenen Neuordnung der Verbandsstruktur im Ersatzkassenbereich, wird das Vertragsrubrum – entsprechend Unterzeichner – ab dem 01.07.2008 angepasst. Ggf. notwendige redaktionelle Änderungen der gemeinsamen Prüfvereinbarung werden zu diesem Zeitpunkt ebenfalls vorgenommen.

Düsseldorf, Bochum, Bergisch-Gladbach, Essen, Münster, den

<i>Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein</i>	<i>AOK Rheinland/Hamburg</i>
<i>Dr. Leonhard Hansen</i>	<i>Die Gesundheitskasse</i>
<i>Vorsitzender</i>	<i>Cornelia Prüfer-Storcks</i>
	<i>Mitglied des Vorstandes</i>

<i>Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen</i>	<i>IKK Nordrhein</i>
<i>Jörg Hoffmann</i>	<i>Dr. Brigitte Wutschel-Monka</i>
<i>Vorsitzender des Vorstandes</i>	<i>Vorstandsvorsitzende der IKK Nordrhein</i>

<i>Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen</i>	<i>Knappschaft</i>
<i>Heimo-Jürgen Döge</i>	<i>Die Geschäftsführung</i>
<i>Hauptgeschäftsführer</i>	<i>Rolf Stadié</i>
	<i>Direktor</i>

<i>VdAK Landesvertretung NRW</i>	<i>AEV Landesvertretung NRW</i>
<i>Andreas Hustadt</i>	<i>Andreas Hustadt</i>
<i>Leiter der Landesvertretung</i>	<i>Leiter der Landesvertretung</i>

Anlage 1 zur Prüfvereinbarung (01.01.2008)

Arztgruppe	UG Definition Arztuntergruppe (UG)
01 = Anästhesisten	1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte
04 = Augenärzte	1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte
07 = Chirurgen	1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte
10 = Gynäkologen	1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind

13 = HNO-Ärzte	2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte 1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte
16 = Dermatologen	1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte
19 = Internisten	1 = übrige internistische fachärztliche Praxen 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte 3 = Internistische Hausarztpraxen mit HA-KZ 4 = Internistische Onkologen, die mindestens eine der Nrn. 86502, 86503, 86504 oder 86505 im jeweiligen Quartal abrechnen 5 = Internistische Nephrologen 6 = Internistische Kardiologie 7 = Internistische Gastroenterologie 8 = Internistische Rheumatologie
23 Kinderärzte	1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte 3 = kinderärztliche Hausarztpraxen mit HA-KZ
26 = Laborärzte	1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte
29 = Lungenärzte	1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte
35 = MKG-Chirurgen	1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte
38 = Nervenärzte	1 = übrige Praxen der Fachgruppe 38, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte 3 = unbesetzt 4 = unbesetzt

A M T L I C H E
B E K A N N T M A C H U N G E N

- 5 = Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie, sofern nicht Untergruppe 9
- 6 = Neurologie, sofern nicht Untergruppe 9
- 7 = Psychiatrie, sofern nicht Untergruppe 9
- 8 = Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie/-psychotherapie, sofern nicht Untergruppe 9
- 9 = Praxen mit überwiegend psychotherapeutischer Tätigkeit (Anteil ist größer als 50%, gemessen am Gesamt-LB) – als psychotherapeutische Leistungen werden die GNRn 22220, 23220, 35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150, 35200 bis 35225 EBM 2000plus definiert

41 = Neurochirurgen

- 1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind
- 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

44 = Orthopäden

- 1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind
- 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

47 = Pathologen

- 1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind
- 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

50 = ärztliche Psychotherapeuten

1

53 = Radiologen

- 1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind
- 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

56 = Urologen

- 1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind
- 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

59 = Nuklearmediziner

- 1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind
- 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

63 = Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin

1

69 = psychol. Verhaltenstherapeuten

1

70 = psychol. Psychotherapeuten

1

71 = Kinder- und Jugendl. Psychotherapeuten

1

72 = Humangenetiker

- 1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind
- 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

73 = für Früherkennung ermächtigte Ärzte

1

74 = Universitätspolikliniken Krankenhäuser/Institute

- 0 = Notfälle
- 1 = Polikliniken
- 2 = Sonderkrankenhäuser
- 3 = Zentrumsdialyse
- 4 = psych. Auffangkonzeption
- 5 = Heimdialyse
- 6 = Ausbildungsinstitute

75 = Notfallärzte

0

76 = Mammographie-Screening

- 1 = Programmverantwortlicher Arzt (Radiologe)
- 2 = Befunder Radiologe – auch Stanzbiopsie
- 3 = Befunder Gynäkologe – auch Stanzbiopsie
- 4 = Pathologe

80-89 = Allgemeinmediziner / Prakt. Ärzte / Ärzte

- 1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind
- 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte
- 3 = Allgemeinmediziner Hausarztpraxen mit HA-KZ

Medizinische Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren sind entsprechend ihrem Versorgungsschwerpunkt der jeweils zutreffenden Fachgruppe zuzuordnen; hier gilt generell die UG 1.