

Prüfvereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

(nachfolgend KV Nordrhein genannt)

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

dem BKK-Landesverband NORDWEST

der IKK classic

der KNAPPSCHAFT

der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

den Ersatzkassen

- **BARMER**
- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **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 NRW

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	3
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich	3
§ 2 Beteiligte des Prüfverfahrens.....	4
§ 3 Prüfungseinrichtungen.....	5
§ 4 Beratende Stellen.....	6
§ 5 Besetzung des Beschwerdeausschusses.....	6
§ 6 Rechtsstellung/Entschädigung der Beschwerdeausschussmitglieder	7
§ 7 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss.....	7
§ 8 Aufgaben des Beschwerdeausschusses	8
§ 9 Prüfungsstelle.....	8
§ 10 Haushalt und Berichtswesen	9
§ 11 Prüfungsarten.....	10
§ 12 Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten..	12
§ 13 Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen auf Antrag	15
§ 14 Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten.....	15
§ 15 Prüfung in besonderen Fällen.....	16
§ 16 Inkrafttreten, Übergangsregelung, Kündigung	17
§ 17 Salvatorische Klausel	18
Anlage 1 Definition Arztgruppen bzw. Arztuntergruppen.....	20
Anlage 2 Arzneimittel	24
Anhang 1 zur Anlage 2 Praxisbesonderheiten Arzneimittel	26
Anhang 2 zur Anlage 1 Datensatzbeschreibung und Einzelheiten Arzneimitteldaten.....	27
Anhang 3 zur Anlage 2 Dokumentationsziffern	33
Anlage 3 Heilmittel	34
Anhang 1 zur Anlage 3.....	35
Anhang 2 zur Anlage 3 Praxisbesonderheiten Heilmittel	36
Anhang 3 zur Anlage 3 Datenlieferung und Datensatzbeschreibung Heilmitteldaten.....	37
Anlage 4 Gliederung und Muster der Honorarstatistiken.....	41
Anlage 5 Kostenersatz	44
Anlage 6 Praxisbesonderheiten nach § 13	45
Anlage 7 Anforderungen für die Antragsstellung in besonderen Fällen nach § 15	46

Soweit personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf beide Geschlechter.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KV Nordrhein) und die Krankenkassen schließen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein gemäß §§ 106, 106a, 106b, 106c SGB V in Verbindung mit der Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse (Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung - WiPrüfVO) folgende Prüfvereinbarung:

Präambel

1. Die Vertragspartner haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten und Patienten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. Die nachstehende Prüfvereinbarung dient der Konkretisierung dieses Wirtschaftlichkeitsgebotes.
2. Zur effektiven Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Fortentwicklung eines gemeinsamen Prüfverständnisses unterhalten die Vereinbarungspartner Arbeitsgruppen und ein Lenkungsgremium, die die Prüfung nach §§ 106-106c SGB V kontinuierlich beobachten, Inhalte, Prüffelder und Ziele definieren. Die Einrichtung des Lenkungsgremiums ist zunächst bis zum 31.12.2026 befristet. Es herrscht nach § 106 Abs. 3 Satz 6 SGB V Einvernehmen, dass gezielte Beratungen (und Informationen) der Vertragsärzte weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen sollen.

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich

1. Diese Prüfvereinbarung und die Protokollnotiz regeln die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung. Sie findet Anwendung auf alle Bereiche ärztlich verordneter sowie veranlasster Leistungen und auf die vertragsärztliche Tätigkeit der zugelassenen Ärzte/Psychotherapeuten, der Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ, der angestellten Ärzte und der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte sowie für die ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen (nachfolgend Arzt genannt). Sie gilt auch für die am Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen.
2. Den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen auch die verordneten Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements und bei Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Abs. 1a SGB V. Die Prüfungen erfolgen gegen Kostenersatz.

3. Prüfungen der Wirtschaftlichkeit der Verordnung im Rahmen der spezialärztlichen Versorgung werden, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach § 116b Absatz 2 SGB V nichts anderes vereinbart hat, gegen Kostenersatz durchgeführt.
4. Die Prüfungsstelle prüft nach Beauftragung, die ambulanten, ärztlich verordneten sowie veranlassten Leistungen, die außerhalb § 73 in Verbindung mit § 83 SGB V verordnet werden, insbesondere die nach den Verträgen gemäß §§ 73b und 140a SGB V (Selektivverträge).
5. Die Prüfungsstelle prüft nach Beauftragung die ärztlich verordneten Leistungen durch PIAs (§ 118 SGB V) und SPZ (§ 119 SGB V), die Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) und MZEB (§ 119c SGB V).
6. Für die in Absatz 2 bis 5 genannten Fälle gilt hinsichtlich Kostenersatz und Datenlieferung die zwischen Krankenkassen und Prüfungsstelle geschlossene nordrheinische Kostenersatz- und Datenlieferungsvereinbarung.
7. Der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen auch die verordneten Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 Arzneimittelgesetz (Anwendungsbeobachtung) beteiligt sind.
8. 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

1. Verfahrensbeteiligte vor den Prüfungseinrichtungen sind der in die Prüfung einbezogene Arzt, die Berufsausübungsgemeinschaft, das Medizinische Versorgungszentrum, die ärztlich geleitete Einrichtung, das Krankenhaus, soweit es die ambulante Behandlung betrifft, die KV Nordrhein und die Krankenkassen in Nordrhein oder die jeweils Antrag stellende Krankenkasse, für deren Versicherte der zu prüfende Arzt Leistungen abgerechnet und/oder verordnet hat.
2. Die Krankenkassen oder ihre Verbände können Dienstleister und sonstige Dritte mit der Durchführung der ihnen obliegenden Aufgaben, etwa mit der Durchführung von Prüf-, Antrags- und Widerspruchsverfahren, bevollmächtigen. Solche Dienstleister oder sonstige Dritte gelten als Beteiligte im Rahmen des Prüf-, Antrags- und Widerspruchsverfahrens und sind an dem gesondert vereinbarten Prozessablauf zur gemeinsamen Beratung neuer Prüf-

oder Zielfelder gebunden. Dabei ist der Dienstleister oder Dritte nicht Mitglied der Beratungsgremien entsprechend dieser Vereinbarung. Der jeweils aktuelle Dienstleister für den Sprechstundenbedarf ist von den Krankenkassen oder Verbänden der KV Nordrhein zu benennen. Die vorstehende Regelung zur Beauftragung von Dritten im Sprechstundenbedarf ist bis zum 31.12.2026 befristet.

§ 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 selbstständige organisatorische Einheiten bei der Hauptstelle der KV Nordrhein errichtet. 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.
5. Über die Ausstattung der Prüfungsstelle mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen personellen Mitteln, Sachmitteln und Finanzen entscheiden die Vertragspartner gemäß § 106c Abs. 2 S. 3 SGB V.
6. Die Kostentragung der gemeinsamen Einrichtungen erfolgt, sofern die Prüfung nicht nach Kostenersatz stattfindet, gemäß § 106c Abs. 2 S. 6 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 Ersatzkassen berufenen Ausschussmitglieder zahlt die KV Nordrhein nach der jeweils geltenden Entschädigungsordnung.

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 gemäß § 63 SGB X zu erstatten hat (z. B. zurückgewiesener Widerspruch eines der Vertragspartner oder Rücknahme des Prüfantrags/Widerspruchs), übernehmen die Vertragspartner die Kosten zu gleichen Teilen.

§ 4 Beratende Stellen

1. Zur Vorbereitung der Entscheidungen kann die Prüfungsstelle Beratungskommissionen hinzuziehen. 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 ggf. 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 den Prüfungseinrichtungen übermittelt.

§ 5 Besetzung des Beschwerdeausschusses

1. Dem Beschwerdeausschuss gehören je 4 Vertreter der KV Nordrhein und der Krankenkassen sowie 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. 3 S. 1 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 beträgt 2 Jahre (Amtsperiode). 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. Die Entscheidung erfolgt nach Stimmenmehrheit. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Sofern nicht ein Mitglied einer ggf. überparitätisch repräsentierten Ausschussgruppe freiwillig auf die Teilnahme verzichtet, wird das überzählige Mitglied durch Los ermittelt.

§ 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 eine Vergütung. Die Vergütung des Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.
4. Der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses und im Falle seiner Verhinderung sein Stellvertreter vertritt den Ausschuss grundsätzlich gerichtlich und außergerichtlich. Die gerichtliche Vertretung kann auch durch einen Mitarbeiter der Prüfungsstelle wahrgenommen werden.
5. Vorbehaltlich abweichender Vereinbarungen erhalten die Mitglieder des Beschwerdeausschusses die 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 § 106c Abs. 3 S. 6 SGB V genannten Fällen als Vorverfahren im Sinne des § 78 SGG.
2. § 9 Abs. 4 dieser Prüfvereinbarung gilt entsprechend.

§ 9

Prüfungsstelle

1. Die Vertragspartner bestimmen die Leitung der Prüfungsstelle gemäß § 106c Abs. 2 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 sind.
3. Die Prüfungsstelle hat neben ihren sich aus § 106 ff. SGB V und der WiPrüfVO ergebenden Aufgaben die Vertretung vor den Sozialgerichten sicherzustellen.
4. Die Prüfungsstelle entscheidet, ob der Arzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahme konkret zu treffen ist. Dabei soll eine gezielte Beratung weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Die Beratung kann Dritten übertragen werden. Dabei kann die Beratung schriftlich oder mündlich erfolgen (Näheres regeln die entsprechenden Anlagen)
5. Werden in der Abrechnung wesentliche, die Statistik beeinflussende Fehler oder Besonderheiten festgestellt, die bei der rechnerischen und sachlichen Überprüfung sowie bei den Prüfungen nach § 106d 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.
6. 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.

7. Die Prüfungsstelle teilt der KV Nordrhein und den Krankenkassen einmal im Quartal die durch die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen für Honorarkürzungen und Regresse festgesetzten Beträge BSNR-bezogen mit. Die KV Nordrhein ermittelt die auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Anteile an den Regressbeträgen und verrechnet diese anschließend mit den von den jeweiligen Krankenkassen zu leistenden Restzahlungen im Rahmen der nächst erreichbaren Quartalsabrechnung. Die verrechneten Beträge sind in den jeweiligen Rechnungsbriefen gesondert auszuweisen.
8. Die Prüfungsstelle teilt der KV Nordrhein einmal im Quartal die Regressbeträge im Rahmen der Prüfung des Sprechstundenbedarfs (SSB-Prüfung) BSNR-bezogen mit. Die KV Nordrhein behält die entsprechenden Regressbeträge BSNR-bezogen durch Honorarkürzungen ein. Die KV Nordrhein informiert hierüber die den Sprechstundenbedarf (SSB) abwickelnde Stelle und führt den Gesamtregressbetrag dorthin ab.

§ 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 30.11. 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 Nordrhein geltenden gesetzlichen Regelungen.
3. Die Rechnungslegung erfolgt nach den für die Vertragspartner geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
4. Die Prüfungsstelle erstellt spätestens zwei Monate nach Ablauf eines Geschäftsjahres einen Rechenschaftsbericht nach § 4 Abs. 4 WiPrüfVO über die Kosten des abgelaufenen Geschäftsjahres. Dieser Bericht ist den Vertragspartnern vorzulegen.

5. Die Prüfungsstelle erstellt am Jahresende für das Kalenderjahr einen Tätigkeitsbericht nach § 106c Abs. 5 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 und stellt dieses den Vertragspartnern quartalsweise zur Verfügung.

§ 11 Prüfungsarten

1. Die Prüfungseinrichtungen prüfen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch
 - a) arztbezogene Prüfungen ärztliche Leistungen
 - auf Antrag, § 13,
 - auf Antrag nach Durchschnittswerten, § 14
 - und durch
 - b) arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen
 - von Amts wegen nach Durchschnittswerten, § 12,
 - auf Antrag in besonderen Fällen, § 15.
2. Für die Antragserfordernisse und -fristen gelten die nachstehenden für die jeweilige Prüfungsart getroffenen Regelungen, die gesetzlichen Anforderungen nach § 106 ff. SGB V, die Rahmenempfehlungen gemäß § 106a Abs. 3 Satz 1 SGB V und die Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V. Die Anträge sind den Verfahrensbeteiligten, soweit sie nicht Antragsteller sind, insbesondere dem betroffenen Arzt zeitgerecht 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.
4. Ärzte mit einer geringen Anzahl von Verordnungen oder Fällen werden von der Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgeschlossen. Dies gilt nicht für Prüfungen nach § 15 dieser Prüfvereinbarung. Im Rahmen von statistische Prüfungen (Durchschnittwertprüfungen nach §§ 12, 14) erfolgt bei erstmaliger Auffälligkeit eine individuelle Beratung. Eine erstmalige Auffälligkeit liegt vor, wenn bislang keine individuelle Beratung erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt, noch eine Nachforderung oder Regress erfolgt ist. Eine erstmalige Auffälligkeit liegt ferner vor, wenn der Regress, die Nachforderung oder die Beratung länger als 5 Jahre nach formeller Bestandskraft/Unanfechtbarkeit zurückliegt.
5. Im Rahmen der individuellen Beratung kann der Arzt in begründeten Fällen eine Feststellung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten oder von besonderen Verordnungsbedarfen beantragen. Eine solche Feststellung kann auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung einer Nachforderung droht.
6. Die individuelle Beratung erfolgt in der Regel schriftlich mit dem zusätzlichen Angebot der mündlichen Beratung frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides. Sechs Monate nach Vollziehbarkeit des Prüfbescheides soll die individuelle Beratung durchgeführt worden sein. Der Inhalt der individuellen mündlichen Beratung wird dokumentiert. Die schriftliche individuelle Beratung gilt mit Zustellung des Dokumentes zur schriftlichen Beratung als erfolgt. Wird der Termin zu einer mündlichen Beratung nicht wahrgenommen, gilt diese als durchgeführt.
7. Die Prüfungsstelle prüft, ob der Prüfbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen werden kann, wenn der Arzt und der die Beratung Durchführende im Rahmen der Beratung in Übereinstimmung zu der Einschätzung gelangen, dass eine Festsetzung der Beratung nicht hätte erfolgen dürfen.
8. Die Festsetzung einer individuellen Beratung soll in der Regel innerhalb von zwei Jahren nach Ende des Prüfzeitraumes erfolgen. Im Falle einer Widerspruchsentscheidung soll die Entscheidung des Beschwerdeausschusses in der Regel innerhalb von zwei Jahren nach Zugang des Widerspruchs bei der Prüfungsstelle erfolgen. Wird der Bescheid, mit dem die Beratung festgesetzt wurde, rechtskräftig aufgehoben, so gilt die individuelle Beratung als nicht erfolgt.
9. Weitere Maßnahmen erfolgen erstmals für den Prüfzeitraum nach erfolgter individueller Beratung. Eine weitere Maßnahme ist die Festsetzung einer Nachforderung oder Kürzung.

Maßnahmen wie individuelle Beratung oder Nachforderungen erfolgen nicht für erstmalig zugelassene Vertragsärzte in den ersten beiden Prüfzeiträumen.

10. Gesetzliche und kassenindividuelle Rabatte sind zu berücksichtigen. Zuzahlungen der Versicherten sind zu berücksichtigen. Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die entsprechenden Beträge als Summe der Versicherten arztbezogen.

§ 12

Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten

1. Die Wirtschaftlichkeit der Verordnungen von Arznei- und Verbandmitteln (Arzneiverordnungstätigkeit) sowie Heilmitteln soll bezogen auf vier aufeinander folgende Quartale, in der Regel das Kalenderjahr auf der Basis arztgruppenspezifischer Durchschnittswerte nach Maßgabe der dazu in den folgenden Absätzen getroffenen Regelungen geprüft werden. Die Einordnung der Ärzte 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 Durchschnittswertestatistik.
2. Für die modifizierte Durchschnittswerteprüfung der Arzneiverordnungstätigkeit gemäß Anlage 2 werden arztgruppenspezifische statistische Erhebungen zugrunde gelegt.
3. Die Krankenkassen erheben – jeder Verband für seinen Kassenartbereich – quartalsbezogen für jeden Arzt die Kosten der verordneten Arznei- und Verbandmittel und übermitteln der Prüfungsstelle als Ergebnis dieser Datenerhebung folgende Angaben:
 - Arztnummer (LANR)
 - Betriebsstättennummer (BSNR)
 - Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, jeweils unterteilt nach Versichertenstatus M, F, R sowie nach Altersgruppen (0-15, 16-49, 50-64 und ≥ 65 Jahre) und in der Gesamtangabe G
 - Summe der Arzneimitteltuzahlungen, jeweils unterteilt nach Versichertenstatus M, F, R sowie nach Altersgruppen (0-15, 16-49, 50-64 und ≥ 65 Jahre) und in der Gesamtangabe G
 - Die bereits im Rahmen der Prüfung nach § 11 dieser Prüfvereinbarung übermittelten Daten können dabei genutzt werden.
4. Die KV Nordrhein übermittelt die im jeweiligen Quartal abgerechneten Behandlungsfälle (BSNR-bezogen) sowie die Fachgruppenfälle.

5. Die Prüfungsstelle führt die von den Krankenkassen sowie die von der KV Nordrhein erhaltenen Daten zur weiteren Prüfung Arzt- und BSNR-bezogen zusammen, zusätzlich getrennt nach Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung einerseits und übrige Fallzahlen andererseits. 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. Im Übrigen sind die "Arztstatistik Durchschnittswertprüfung Arzneimittelverordnungen" und die Übersichten nach Absatz 3 die prüfrelevanten Unterlagen.
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 relevanten Statistikdaten und benennt den Krankenkassen sowie 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 Daten 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.
8. Für die Prüfung der Verordnungen von Heilmitteln nach Durchschnittswerten gemäß Anlage 3 erheben die Krankenkassen – jeder Verband für seinen Kassenartbereich – quartalsbezogen für die Ärzte, deren Behandlungsspektrum typischerweise die Verordnung von Heilmitteln einschließt, folgende Angaben:
 - Arztnummer (LANR)
 - Betriebsstättennummer (BSNR)
 - Bruttokosten der verordneten Heilmittel nach Heilmittelgruppen, jeweils unterteilt nach Versichertenstatus M, F, R sowie nach Altersgruppen (0-15, 16-49, 50-64 und ≥ 65 Jahre) und in der Gesamtangabe G

- Heilmittelzuzahlungen, jeweils unterteilt nach Versichertenstatus M, F, R und in der Gesamtangabe G
 - Heilmittelpositionsnummer
 - Indikationsschlüssel
 - Die bereits im Rahmen der Prüfung nach § 11 dieser Prüfvereinbarung übermittelten Daten können dabei genutzt werden.
9. Die Verbände übermitteln die nach Abs. 8 erhobenen Daten, die KV Nordrhein übermittelt die im jeweiligen Quartal vom Arzt abgerechneten Behandlungsfälle an die Prüfungsstelle. Diese führt die erhaltenen Daten arztbezogen zusammen und ergänzt sie um die Zahl der vom Arzt im jeweiligen Quartal abgerechneten Behandlungsfälle, jeweils unterteilt nach Versichertenstatus M, F, R sowie nach Altersgruppen (0-15, 16-49, 50-64 und ≥ 65 Jahre) 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 2 bis 4 gelten entsprechend.
10. Für ein Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arznei- bzw. Heilmittelverordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten werden gemäß § 106 Abs. 2 Satz 2 SGB V ergänzend die elektronischen Abbilder der Rezepte (Images) bzw. die Originalrezepte des Arztes hinzugezogen, wenn und soweit dies erforderlich ist. Im Übrigen sind die "Arztstatistik Durchschnittswertprüfung Heilmittelverordnungen" und die Übersichten nach Absatz 9 die prüfrelevanten Unterlagen.
11. 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. 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.
12. Das Einhalten von vereinbarten Auffälligkeitskriterien gemäß Anlage 2 führt zur Beendigung der Prüfung der Arzneiverordnungstätigkeit. Die Anlage regelt das weitere Verfahren. Die jeweiligen Praxisbesonderheiten bzw. vereinbarte besondere Versorgungsbedarfe werden in den Anlagen 2 (Arzneimittel) und 3 (Heilmittel) geregelt. Die Prüfungen sollen in

der Regel für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden.

§ 13

Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen auf Antrag

1. Die Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen – einschließlich Sachkosten – wird auf begründeten Antrag einer einzelnen Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der KV Nordrhein BSNR-bezogen als Einzelfallprüfung unter den Voraussetzungen des § 106a Abs. 1 und 2 SGB V i.V.m. den jeweiligen Rahmenempfehlungen gemäß § 106a Abs. 3 Satz 1 SGB V quartalsversetzt geprüft. Die Fristen nach § 106 Abs. 3 S. 4 und 5 SGB V sind zu wahren.
2. Die Zahl der je Quartal zu prüfenden Praxen ist nach § 106a Abs. 4 S. 3 SGB V auf 20 pro Quartal begrenzt. Überschreitet die Zahl der Anträge je Quartal diese Höchstzahl, werden von diesen Anträgen nur diejenigen in der Reihenfolge des Eingangs bei der Prüfungsstelle bis zum Erreichen der Höchstzahl berücksichtigt.
3. Ist die Leistung, die Gegenstand des Antrags nach Abs. 1 ist, bereits Gegenstand einer anderen Prüfung gewesen, ist der Antrag unzulässig.
4. Bei der Prüfung nach Abs. 1 sind die Praxisbesonderheiten nach Anlage 6 unter den dort genannten Voraussetzungen zu berücksichtigen bzw. anzuerkennen. Bei einer Prüfung im Einzelfall sind vom Antragsteller die antragsbegründenden Unterlagen vorzulegen, d.h. neben Einzelfallnachweisen im Fall von Sachkostenprüfungen Belege über die abgerechneten Sachkosten.
5. Ein Verfahren wird nur durchgeführt, wenn die erwartete Kürzung 150 EUR überschreitet.

§ 14

Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten

1. Die KV Nordrhein und die Krankenkassen verständigen sich darüber, bei welchen Ärzten ein gemeinsamer Antrag auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten gestellt wird. Die Prüfung wird quartalsversetzt durchgeführt.
2. Ein gemeinsamer Prüfantrag soll – vorbehaltlich ersichtlicher Praxisbesonderheiten oder kausaler Einsparungen – gestellt werden, wenn die relative Abrechnungsfrequenz des Arztes bei einzelnen EBM-Leistungspositionen den Fachgruppenwert in einem Ausmaß von mehr als 100 % überschreitet.

3. Die Zahl der je Quartal zu prüfenden Ärzte/Praxen ist nach § 106a Abs. 4 S. 3 SGB V auf 3 % der jeweiligen Fachgruppe begrenzt. Erfüllen mehr Ärzte (BSNR-bezogen) die Höchstzahl des für die Verfahrenseinleitung maßgeblichen Auffälligkeitskriteriums (Fachgruppendurchschnitt größer 100 %), werden die Verfahren auf diejenigen in der Reihenfolge mit der höchsten Überschreitung des Auffälligkeitskriteriums bis zum Erreichen der Höchstzahl beschränkt.
4. Eine Prüfung nach Abs. 1 ist gegenüber Ärzten und Praxen ausgeschlossen, die in einem Fachgebiet sowie in einer Region vertragsärztlich tätig sind, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen hat.
5. Ein Antrag wird nur gestellt, wenn die erwartete Kürzung 150 EUR überschreitet.

§ 15

Prüfung in besonderen Fällen

1. Auf Antrag prüft die Prüfungsstelle gemäß § 106c SGB V auch, ob der Arzt
 - a) in Einzelfällen unwirtschaftliche Behandlungsleistungen abgerechnet hat.
 - b) durch Veranlassung von Auftragsleistungen, Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln, Sprechstundenbedarf (SSB), Heilmitteln, Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, Krankentransporten, häusliche Krankenpflege, oder bei der Verordnung von Arbeitsruhe, medizinischer Rehabilitation, von Behandlung in Vorsorge- und Reha Einrichtungen, Soziotherapie oder SAPV gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
 - c) bei Verordnungen in ungerechtfertigterweise Rechtsnormen oder Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen unbeachtet gelassen bzw. unwirtschaftliche Arzneimittelanwendungen veranlasst hat.
 - d) entgegen den vertraglichen Regelungen unzulässige Anforderungen von Sprechstundenbedarf (SSB) vorgenommen hat.
 - e) durch schuldhafte Verletzung vertragsärztlicher Pflichten einen sonstigen Schaden nach § 48 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte verursacht hat.
 - f) durch verordnete Leistungen, die durch die Teilnahme an einer Untersuchung nach § 67 Absatz 6 des Arzneimittelgesetzes veranlasst worden sind gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
2. Der Prüfantrag „in besonderen Fällen“ hat den unter Anlage 7 dargestellten Mindestanforderungen zu entsprechen. Soweit die Mindestanforderungen nicht angegeben werden,

ist die Prüfungsstelle berechtigt, den Antrag – ohne in der Sache entscheiden zu müssen – an die den Prüfantrag stellende Krankenkasse zurückzusenden. Zur sachgerechten Prüfung soll der Antrag auch den übrigen Anforderungen nach Anlage 7 entsprechen. Prüfanträge sind BSNR-bezogen zu stellen.

3. Anträge nach Abs. 1 a) bis f) sind nur zulässig, soweit der je Quartal ermittelte Schadensbetrag im
 - Sprechstundenbedarf 150 EUR je Praxis auf Grundlage der Betriebsstättennummer (BSNR),
 - im Übrigen Verordnungsbereich 100 EUR je Arzt auf Grundlage der Lebenslangen Arztnummer (LANR),

übersteigt. Prüfanträge sind zu ihrer Zulässigkeit stets BSNR-bezogen zu stellen. Zur Schadensberechnung wird auf § 106b Abs. 2a SGB V bzw. auf § 3a Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V verwiesen. Sofern Impfstoffe über einen anderen als vorgesehenen Bezugsweg verordnet wurden, ist die Nachforderung pauschal auf EUR 9,00 je Dosis begrenzt. Die vorstehende Regelung nach Satz 4 für über einen anderen als vorgesehenen Bezugsweg bestellte Impfstoffe ist bis zum 31.12.2026 befristet. Im Rahmen der Nichtaufgriffsgrenzen nach Satz 1 wird der Nachforderungsbetrag herangezogen.

§ 16

Inkrafttreten, Übergangsregelung, Kündigung

1. Diese Prüfvereinbarung tritt zum 1. Januar 2024 in Kraft und gilt daher für alle Prüfverfahren, die ab diesem Zeitpunkt beantragt oder von Amts wegen eingeleitet werden. Sie ersetzt die zuvor geltende Prüfvereinbarung.
2. Die Prüfvereinbarung 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.

§ 17
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.

Düsseldorf, Bochum, Dresden, Essen, Münster, den 11.12.2023

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Carsten König, M. san.
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse**

BKK-Landesverband NORDWEST

Matthias Mohrmann
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes

Stephan Koberg
Stellvertretender Geschäftsbereichsleiter

IKK classic

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Jörg Klinzing
Leiter Geschäftsbereich Arznei-, Heil- und
Hilfsmittel

KNAPPSCHAFT

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dr. Andreas Bombien
Dezernent

Dirk Ruiss
Der Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

Anlage 1
Definition Arztgruppen bzw. Arztuntergruppen

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 2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte
13 = HNO-Ärzte	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
 - 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, 35151 bis 35602 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 = 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
- 7 = SAPV – spezialisierte ambulante Palliativversorgung

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.

Anlage 2 Arzneimittel

Prüfung nach Durchschnittswerten unter Berücksichtigung von Zielen und Praxisbesonderheiten.

Information der Ärzte

Die Prüfungsstelle informiert die Ärzte quartalsweise in einer Arzneikostenstatistik über die

- Bruttoverordnungskosten in Euro insgesamt und je Altersgruppe,
- die abgerechneten Fallzahlen – getrennt nach Altersgruppen sowie zusätzlich getrennt nach Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung,
- über die entsprechenden Durchschnittskosten in der Fachgruppe und
- über die Überschreitung des Durchschnittes in Prozent.

Die KV Nordrhein informiert die Ärzte quartalsweise in einem Schreiben über die Erfüllung der Ziele sowie in einer Frühinformation über die Arzneimittelverordnungen der Praxis. Die Daten der Frühinformation sollen in erster Linie dem Arzt als Hilfestellung dienen, sein Arzneiverordnungsverhalten hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit kurzfristig zu überprüfen. Die Frühinformation ergänzt die Arzneikostenstatistik. Sie dient als Trendinformation und nicht dem Zwecke einer Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Ermittlung der Durchschnittswerte

Die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle spätestens bis zum 30.09. des Folgejahres die Verordnungsdaten gemäß § 12 Abs. 3. Die KV Nordrhein übermittelt der Prüfungsstelle spätestens bis zum 30.09. des Folgejahres die Behandlungsfallzahlen. Die Prüfungsstelle ermittelt die Durchschnittswerte altersgruppenbezogen und gesamt je Fachgruppe und Arzt in der Regel für ein Kalenderjahr. Bei einer Überschreitung um mehr als 50 Prozent über dem Gesamtdurchschnittswert erfolgt eine Prüfung von Amts wegen auf Basis der Einzeldaten. Dabei sind die Rabatte aufgrund von Verträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V auf Verordnungsebene kassenindividuell zu berücksichtigen. Hierbei erfolgen Bereinigungen auf Basis der betroffenen PZN, die auch prozentual vorgenommen werden können.

Berücksichtigung von Zielen und Praxisbesonderheiten

Die Prüfungsstelle überprüft die Verordnungsziele gemäß Arzneimittelvereinbarung auf der Basis der geprüften Daten der Krankenkassen. Hält ein Arzt alle ihn betreffenden, in der jeweils gültigen Arzneimittelvereinbarung nach § 84 SGB V vereinbarten Ziele (Auffälligkeitskriterien) ein, so hat dies prüfbefreiende Wirkung. Sollten in der für den Prüfzeitraum zugrunde zulegenden Arzneivereinbarung zu Satz 2 abweichende Regelungen vereinbart sein, so sind die Vorgaben der jeweiligen Arzneimittelvereinbarung verbindlich anzuwenden.

Die Prüfungsstelle berücksichtigt die vereinbarten Praxisbesonderheiten von Amts wegen. Darüber hinaus können individuelle Praxisbesonderheiten vom Arzt geltend gemacht werden. Des Weiteren prüft die Prüfungsstelle die Teilnahme des Arztes an Anwendungsbeobachtungen.

Einleitung der Prüfung

Eine Prüfung wird eingeleitet, wenn ein Arzt **nicht** alle ihn betreffenden Ziele gemäß Arzneimittelvereinbarung einhält **und** der Arzt nach Anerkennung der vereinbarten Praxisbesonderheiten weiterhin den Fachgruppendurchschnitt um mehr als 50 Prozent überschreitet.

Anhang 1 zur Anlage 2 Praxisbesonderheiten Arzneimittel

Symbolziffer	Praxisbesonderheit
90901	Arzneimitteltherapie und bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder angeborenen Enzymmangelerkrankungen (z.B. M. Gaucher, M. Fabry, M. Pompe, alpha-1-Antitrypsin-Mangel)
90902	Präparate, die im Rahmen einer Kinderwunschtherapie zur in vitro-Fertilisation eingesetzt werden
90903	Arzneimitteltherapie zur Behandlung der Multiplen Sklerose
90904	Hepatitis B- und C-Therapie mit den dafür zugelassenen Präparaten bei enger Indikationsstellung. Neue Mittel für Hepatitis C werden vor Berechnung der Durchschnittswerte herausgerechnet.
90905	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
90906	Arzneimitteltherapie der terminalen Niereninsuffizienz und des sekundären Hyperparathyreoidismus
90907	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen
90909	Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitung
90910	Antiretrovirale Therapie bei HIV-Infektionen
90911	Insulintherapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus. Mehrbedarf der über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegt. Blutzuckerteststreifen in Praxen mit Schwerpunkt Insulintherapie, wenn der Anteil preiswerter Teststreifen der Preisgruppe B und A2 den Vorgaben der jeweils gültigen Arzneimittelvereinbarung entspricht.
90912	Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen, nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
90918	Antiepileptika bei gesicherter Indikation der Epilepsie
90921	Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden und bei Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern.
90926	Antidementiva bei gesicherter Indikation der Demenz
90930	Arzneimitteltherapie des ADHS bei gesicherter Indikation
90936	4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie
90937	Therapie der Pulmonalen Arteriellen Hypertonie (PAH) mit den dafür zugelassenen Präparaten
90951	VEGF-Hemmer und Glucocorticoide zur intravitrealen Injektion bei Vorliegen der Indikationen, die in der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM) genannt sind.
90977	Präparate, die im Rahmen der Preisverhandlung der Frühen Nutzenbewertung als Praxisbesonderheit anerkannt wurden

Anhang 2 zur Anlage 1

Datensatzbeschreibung und Einzelheiten Arzneimitteldaten

Datenlieferung

1. Feststellung des quartalsbezogenen Verordnungsvolumens

Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände übermitteln der Prüfungsstelle gemäß § 106c SGB V spätestens bis zum 15. des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats – nach gegebenenfalls erforderlichen Ergänzungen - das endgültige valide Verordnungsvolumen mit folgenden Einzelangaben:

- Betriebsstättennummer (BSNR)
- Lebenslange Arztnummer (LANR)
- Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in Euro (gesamt)
- Summe der Zuzahlungen in Euro und
- Anzahl der Verordnungsblätter.

Die Daten werden nach vier Altersgruppen (0-15, 16-49, 50-64 und >65 Jahre) und nach Versichertenstatus (M, F und R) aufgeschlüsselt. Die Prüfung der Plausibilität, Validität und Vollständigkeit der Daten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden. Die KV Nordrhein übermittelt ebenfalls bis spätestens zur Mitte des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats die endgültigen Fallzahlen aufgeschlüsselt nach Altersgruppen) und nach Versichertenstatus (M, F und R) an die Prüfungsstelle. Das Verordnungsvolumen wird unter Zugrundelegung der Fallzahlen des Arztes im betreffenden Quartal ermittelt; dabei werden Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung nicht mitberücksichtigt.

2. Zum Zwecke der Auswertung für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Prüfungsstelle spätestens bis zum 30.09. des auf den Prüfzeitraum folgenden Kalenderjahres valide Daten des betreffenden Arztes mit Versichertenbezug. Die Inhalte und Strukturierung der Übersicht stimmen die Vertragspartner ab. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Daten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden.
3. Für die Ermittlung der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Prüfungsstelle spätestens bis zum 30.09. des auf den Prüfzeitraum folgenden Kalenderjahres valide Daten für alle nordrheinischen Ärzte ohne Versichertenbezug. Die Inhalte und Strukturierung der Übersicht stimmen die Vertragspartner ab. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Daten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden.

Datensatzbeschreibung

Satzaufbau A der Anlage 2:

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V010 einzutragen
1	Arztnummer	9	AN	M	Exakt nach TA-3 vom 08.11.2007 Segment ZUP-25
2	Betriebsstättennr.	9	AN	M	Exakt nach TA-3 vom 08.11.2007 Segment ZUP-02
3	Verordnungsquartal	5	AN	M	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
4	IK der Krankenkasse	9	AN	M ¹	Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt
5	Altersgruppe	1	N	M	0 = unbekannt 1 = 0 – 15 Jahre 2 = 16 – 49 Jahre 3 = 50 – 64 Jahre 4 = ab 65 Jahre
6	Anzahl Einzelverordnungen	..15	N	M	Anzahl der in die Summe eingegangenen Einzelverordnungen (abgegebenen Mittel). Quellenhinweis: Anzahl EFP-Segmente Keine führenden Nullen
7	Gesamtbrutto	..15	N	M	Bruttosumme der abgegebenen Mittel Quellenhinweis: \sum EFP-Segment.Betrag Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
8	Gesamtzuzahlung	..15	N	M	Summe der Zuzahlungen ohne Abschläge Quellenhinweis: \sum PosZuzahlung Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
9	Gesamtnetto	..15	N	M	<p>Nettosumme der abgegebenen Mittel</p> <p>Quellenhinweis:</p> <p style="padding-left: 40px;">\sum EFP-Segment.Betrag - \sum NPB-Segment.Betrag - \sum PosZuzahlung</p> <p>Angaben in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, negativ durch führendes '-' zulässig</p>

Satzaufbau MFR der Anlage 2:

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	<p>Versionsnummer des Datensatzes</p> <p>Hier ist die Datensatzversion = V010 einzutragen</p>
1	Arztnummer	9	AN	M	Exakt nach TA-3 vom 08.11.2007 Segment ZUP-25
2	Betriebsstättennr.	9	AN	M	Exakt nach TA-3 vom 08.11.2007 Segment ZUP-02
3	Verordnungsquartal	5	AN	M	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
4	IK der Krankenkasse	9	AN	M ¹	Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt
5	Versichertenstatus	1	N	M	<p>0 = unbekannt</p> <p>1 = Mitglied</p> <p>3 = Familienangehöriger</p> <p>5 = Rentner</p>
6	Anzahl Einzelverordnungen	..15	N	M	<p>Anzahl der in die Summe eingegangenen Einzelverordnungen (abgegebenen Mittel).</p> <p>Quellenhinweis:</p> <p style="padding-left: 40px;">Anzahl EFP-Segmente</p> <p>Keine führenden Nullen</p>
7	Gesamtbrutto	..15	N	M	<p>Bruttosumme der abgegebenen Mittel</p> <p>Quellenhinweis:</p> <p style="padding-left: 40px;">\sum EFP-Segment.Betrag</p> <p>Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen</p>

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
8	Gesamtzuzahlung	..15	N	M	Summe der Zuzahlungen ohne Abschläge Quellenhinweis: $\sum \text{PosZuzahlung}$ Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
9	Gesamtnetto	..15	N	M	Nettosumme der abgegebenen Mittel Quellenhinweis: $\sum \text{EFP-Segment.Betrag} -$ $\sum \text{NPB-Segment.Betrag} -$ $\sum \text{PosZuzahlung}$ Angaben in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, negativ durch führendes '-' zulässig

Satzaufbau P der Anlage 2:

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	Text	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V200 einzutragen
1	Lebenslange Arztnummer (LANR)	9	Text	Exakt nach TA3 vom 08.11.2007 Segment ZUP25
2	Betriebsstättennummer (BSNR)	9	Text	Exakt nach TA3 vom 08.11.2007 Segment ZUP02
3	Verordnungsquartal	5	Text	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
4	IK der Krankenkasse	9	Text	Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt
5	Versichertenstatus	1	Zahl	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner
6	Belegnummer	18	Text	Belegung nach TA1, TA3 und TA4 zum Datenaustausch nach § 300 SGB V
7	Rezeptdatum	8	Zahl	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung Quellenhinweis: ZUP-Segment.Datum (Ausstellung)
8	Versichertennummer	50	Text	Nicht mit Leerzeichen auffüllen, eventuell pseudonymisiert (siehe Landesvereinbarung und 1.4 Pseudonymisierung der Versichertennummer)
9	Geburtsdatum	8	Zahl	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar
10	Gesamtbrutto	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: \sum EFP-Segment.Betrag
11	Gesamtzuzahlung	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: \sum PosZuzahlung* oder BES-Segment.Zuzahlung*
12	Gesamtnetto	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Quellenhinweis: \sum EFP-Segment.Betrag (Brutto) - \sum NPB-Segment.Betrag (Rabatt) - Gesamtzuzahlung
13	PZN-Schlüssel 1	8	Zahl	Quellenhinweis: EFP-Segment.Kennzeichen
14	Faktor 1	4	Zahl	Quellenhinweis: EFP-Segment.Anzahl Einheiten
15	Positionsbrutto 1	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag
16	Positionsnetto 1	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag - \sum NPB-Segment - PosZuzahlung*
17	Herstellerrabatt 1	15	Zahl	Herstellerrabatt nach § 130a, Abs. 8 SGB V In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, nur positive Werte zulässig Quellenhinweis: Kassen-Herstellerrabatt pro PZN *Faktor 1

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Beschreibung
53	PZN-Schlüssel 2-9	8	Zahl	
54	Faktor 2-9	4	Zahl	
55	Positionsbrutto 2-9	15	Zahl	
56	Positionsnetto 2-9	15	Zahl	
57	Herstellerrabatt 2-9	15	Zahl	

- Für Arzneimittel, bei denen der Bruttopreis nicht höher als der Zuzahlungsbetrag ist, ist im Einzeltaxfeld der Betrag anzugeben. Diese Arzneimittel sind jedoch weder im Feld "Gesamtbrutto" noch im Feld "Zuzahlung" zu berücksichtigen.
- Die Krankenkassen liefern Arzt bezogen die Summe der Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V.
- Die Krankenkassen liefern arztbezogen die Bruttosumme der neuen Mittel für Hepatitis C Verordnungen gemäß Anhang 1 Symbolziffer 90904. Die Lieferung erfolgt bis spätestens zur Mitte des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats.

Anhang 3 zur Anlage 2
Dokumentationsziffern

90976: Dokumentation der Osteoporosetherapie mit parentalen Arzneimitteln

Anlage 3 Heilmittel

Ablauf der Prüfung

Prüfung nach Durchschnittswerten unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

Information der Vertragsärzte

Die Prüfungsstelle informiert die Ärzte quartalsweise in einer Heilmittelstatistik über die

- Bruttoverordnungskosten in Euro insgesamt und je Altersgruppe,
- die abgerechneten Fallzahlen – getrennt nach Altersgruppen sowie zusätzlich getrennt nach Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung,
- über die entsprechenden Durchschnittskosten in der Fachgruppe und
- über die Überschreitung des Durchschnittes in Prozent.
- Die KV Nordrhein informiert die Ärzte quartalsweise mit einer Frühinformation über die Heilmittelverordnungen. Die Daten der Frühinformation sollen in erster Linie dem Arzt als Hilfestellung dienen, sein Heilmittelverordnungsverhalten hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Die Frühinformation ergänzt die Heilmittelstatistik. Sie dient als Trendinformation und nicht dem Zwecke einer Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Ermittlung der Durchschnittswerte

Die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle spätestens bis zum 30.09. des Folgejahres die Verordnungsdaten gemäß § 12 Abs. 8 dieser Prüfvereinbarung. Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt der Prüfungsstelle spätestens bis zum 30.09. des Folgejahres die Behandlungsfallzahlen. Die Prüfungsstelle ermittelt die Durchschnittswerte altersgruppenbezogen und gesamt je Fachgruppe und Arzt in der Regel für ein Kalenderjahr. Bei einer Überschreitung um mehr als 50 Prozent über dem Gesamtdurchschnittswert erfolgt eine Prüfung von Amts wegen auf Basis der Einzeldaten.

Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

Die Prüfungsstelle berücksichtigt die vereinbarten Praxisbesonderheiten gemäß Anhang 1 und 2 von Amts wegen. Darüber hinaus können individuelle Praxisbesonderheiten vom Arzt geltend gemacht werden.

Einleitung der Prüfung

Eine Prüfung wird eingeleitet, wenn ein Arzt nach Anerkennung der vereinbarten Praxisbesonderheiten weiterhin den Fachgruppendurchschnitt um mehr als 50 Prozent überschreitet.

Anhang 1 zur Anlage 3

Anlage 3 Anhang 1 bestehend aus

Anlage 2 zur HM-RL: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V

und

Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen – Besondere Verordnungsbedarfe

Auf die zum Verordnungszeitpunkt jeweils gültige Heilmittel-Richtlinie und jeweils gültige Rahmenvorgabe wird verwiesen.

**Anhang 2 zur Anlage 3
Praxisbesonderheiten Heilmittel**

1. ICD-10		2. ICD-10	Diagnose	Physikalische Therapie Anzahl der Einheiten bzw. Dauer der Verordnung postoperativ
G56.0	Z98.8	Z98.8	Karpaltunnelsyndrom	max. 6 Einheiten
I83.9	Z98.8	Z98.8	Varizen der unteren Extremität ohne Ulzeration oder Entzündung	max. 6 Einheiten
M20.1	Z98.8	Z98.8	Hallux valgus (erworben)	max. 6 Wochen
M20.4	Z98.8	Z98.8	sonstige Hammerzehe(n) (erworben)	max. 6 Einheiten
M23.20 bis M23.26	Z98.8	Z98.8	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung	max. 12 Einheiten
M23.30 bis M23.36	Z98.8	Z98.8	sonstige Meniskusschädigungen	max. 12 Einheiten
M24.41	Z98.8	Z98.8	Habituelle Luxation und Subluxation Schulterregion	max. 3 Monate
M72.0	Z98.8	Z98.8	Fibromatose der Palmarfaszie [Dupuytren-Kontraktur]	max. 12 Einheiten
M75.3	Z98.8	Z98.8	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	max. 2 Monate
M75.4	Z98.8	Z98.8	Impingement-Syndrom der Schulter	max. 2 Monate
M75.5	Z98.8	Z98.8	Bursitis im Schulterbereich	max. 2 Monate
S52.0 bis S52.9	Z98.8	Z98.8	Fraktur des Unterarmes	max. 2 Monate
S52.0	Z98.8	Z98.8	Ausnahme: Fraktur des proximalen Endes der Ulna	max. 3 Monate
S83.2	Z98.8	Z98.8	Meniskusriss, akut	max. 12 Einheiten
S83.3	Z98.8	Z98.8	Riss des Kniegelenknorpels, akut	max. 12 Einheiten
S83.43	Z98.8	Z98.8	Riss des fibularen Seitenbandes [Außenband]	max. 12 Einheiten
S83.44	Z98.8	Z98.8	Riss des tibialen Seitenbandes [Innenband]	max. 12 Einheiten
S83.5-	Z98.8	Z98.8	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes	max. 6 Monate
Z47.0	Z98.8	Z98.8	Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung	max. 12 Einheiten

Anhang 3 zur Anlage 3

Datenlieferung und Datensatzbeschreibung Heilmitteldaten

Datenlieferung

1. Feststellung des quartalsbezogenen Verordnungsvolumens

Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände übermitteln der Prüfungsstelle bis zum 15. des neunten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats - nach Ergänzung zum Beispiel um die von außerbereichlichen Rechenzentren abgerechneten Kosten – das endgültige valide Verordnungsvolumen.

Die Daten werden nach Versichertenstatus (M, F und R) und nach vier Altersgruppen (0-15, 16-49, 50-64 und ≥ 65 Jahre) aufgeschlüsselt. Die Prüfung der Plausibilität, Validität und Vollständigkeit der Verordnungsdaten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden. Die KV Nordrhein übermittelt ebenfalls bis spätestens zur Mitte des neunten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats die endgültigen Fallzahlen getrennt nach Altersgruppen und nach Versichertenstatus (M, F und R) und nach vier Altersgruppen (0-15, 16-49, 50-64 und ≥ 65 Jahre) an die Prüfungsstelle. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Behandlungsdaten obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung. Das Verordnungsvolumen wird unter Zugrundelegung der Fallzahlen des Arztes im betreffenden Quartal ermittelt; dabei werden Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung nicht mitberücksichtigt.

2. Für die Ermittlung der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Prüfungsstelle spätestens neun Monate nach Ende des Verordnungsquartals die validen Daten des Prüfzeitraums für alle nordrheinischen Ärzte ohne Versichertenbezug. Die Inhalte und Strukturierung der Daten stimmen die Vertragspartner ab. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Daten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden.

3. Zum Zwecke der Auswertung für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Prüfungsstelle zum 30.09. des auf den Prüfzeitraum folgenden Kalenderjahres valide Daten des betreffenden Arztes mit Versichertenbezug. Die Inhalte und Strukturierung der Daten stimmen die Vertragspartner ab. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Verordnungsdaten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden.

Datensatzbeschreibung

Satzaufbau der Anhang 3:

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V310 einzutragen
1	Arztnummer	9	AN	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Vertragsarztnummer
2	Betriebsstättennr.	9	AN	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Betriebsstättennummer
3	Verordnungsquartal	5	AN	M	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
4	IK der Krankenkasse	9	AN	M	Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt
5	Versichertenstatus	1	N	M	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner
6	Belegidentifikation	..30	AN	M	Reserve für eine generierte "BelegNr"
7	Heilmittelblattdatum	8	N	M	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Verordnungsdatum
8	Versichertennummer	..50	AN	M	Nicht mit Leerzeichen auffüllen, eventuell pseudonymisiert
9	Geburtsdatum	8	N	M	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar
10	Indikationsschlüssel	..4	AN	M	Exakt nach TA-1:SLLA / ZHE – Segment Feld -> Indikationsschlüssel Wenn kein Wert hierfür vorhanden ist, muss der Wert = "9999" verwendet werden.
11	Art der Genehmigung	2	AN	M	Exakt nach TA-1: SLLA / SKZ – Segment Feld -> Art der Genehmigung

Max.					
Nr	Bezeichnung	Stellen- zahl	Feld- typ	Muss Kann	Beschreibung
					Wenn kein Wert vorhanden ist, muss das Feld mit „00“ belegt werden.
12	Kennzeichen Verordnungsart	2	N	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Kennzeichen Verordnungsart bei Heilmitteln Wenn kein Wert hierfür vorhanden ist, muss der Wert = “99“ verwendet werden.
13	Diagnose1	..12	AN	K	ICD-10-GM-CODE Exakt nach TA-1: SLLA / DIA – Segment Feld -> Diagnoseschlüssel <i>Bis zu 4 weitere Diagnosen sind möglich.</i>
14	Diagnose2	..12	AN	K	Weitere ICD-10-GM-CODE
15	Diagnose3	..12	AN	K	Weitere ICD-10-GM-CODE
16	Diagnose4	..12	AN	K	Weitere ICD-10-GM-CODE
17	Diagnose5	..12	AN	K	Weitere ICD-10-GM-CODE
18	Gesamtbrutto	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
19	Gesamtzuzahlung prozentual	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
20	Pauschalzuzahlung	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
21	Gesamtnetto	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
22	Leistungsschlüssel 1	5	N	M	Heilmittelpositionsnummer
23	Faktor 1	..4	N	M	
24	Positionsbrutto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
25	Positionsnetto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
	...				
138	Leistungsschlüssel 30	5	N	M	

Max.					
Nr	Bezeichnung	Stellen- zahl	Feld- typ	Muss Kann	Beschreibung
139	Faktor 30	..4	N	M	
140	Positionsbrutto 30	..15	N	M	
141	Positionsnetto 30	..15	N	M	

Anlage 4 Gliederung und Muster der Honorarstatistiken

- (1) Die KV Nordrhein gliedert für jedes Abrechnungsquartal die sachlich und rechnerisch geprüften ärztlichen Leistungen in Gesamtübersichten vor Prüfung und in Frequenztabellen, die jeweils arztbezogen und fachgruppenbezogen zu erstellen sind.
- (2) Die Gesamtübersichten vor Prüfung gliedern die Leistungen auf der Grundlage des EBM in die Leistungsbereiche ambulante ärztliche Behandlung und stationäre ärztliche Behandlung und in diesem Rahmen jeweils in die Leistungsarten kurative Behandlung, Mutterschaftsvorsorge, Früherkennungsuntersuchungen und Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Die Leistungsart kurative Behandlung wird jeweils zusätzlich in folgenden Leistungssparten ausgewiesen:
 - a. Gesamtleistungen
 - b. Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen ohne Methadon
 - c. Arztgruppenspezifische Leistungen
 - d. Versorgungsbereich hausärztlich:
 - HÄ* Versichertenpauschalen/Zusatzpauschalen
 - HÄ* Arztgruppenspezifische Leistungen
 - HÄ* Kinder/Jugendmedizin
 - e. Versorgungsbereich fachärztlich:
 - FÄ* Grund- und Zusatzpauschale
 - FÄ* Diagn./therap. Grundleistungen
 - f. Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen (Punkte) (ohne Kapitel 31 und Laborgrundgebühr)
 - g. Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen (Euro)
 - h. Kosten
 - i. Mutterschaftsvorsorge
 - j. Früherkennungsuntersuchungen
 - k. Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Leistungen, die durch den Bewertungsausschuss nach § 87 SGB V neu in den Bewertungsmaßstab eingebracht werden, sind entsprechend ihrem Leistungsinhalt in die vorgenannten Leistungssparten einzuordnen.

- (3) Zu den Einzelposten der Abrechnungsgliederung nach Abs. 2 weisen die Gesamtübersichten aus:

bezogen auf die Leistungsarten und Leistungsbereiche die Anzahl der zugehörigen Abrechnungsfälle, jeweils getrennt nach M, F, R, G und hinsichtlich der Leistungsart kurative Behandlung jeweils unter separater Angabe der Anzahl der Sekundärscheine (Überweisungen, Zuweisungen-, hiervon Notdienst- und Vertreterfälle jeweils als "Davon-Zahl"); in

den arztbezogenen Gesamtübersichten sind den vorgenannten Fallzahlen des einzelnen Arztes die durchschnittlichen Werte der Fachgruppen unter Angabe der absoluten und prozentualen Abweichungen gegenüberzustellen; bezogen auf die Leistungsbereiche, Leistungsarten und Leistungssparten die Honoraranforderung in EBM-Punkten insgesamt und je Behandlungsfall; dabei werden für die Leistungsarten ambulante kurative Behandlung und stationäre kurative Behandlung und die zugehörigen Leistungssparten gewichtete Fallwerte ermittelt. Die Fallwertgewichtung ergibt sich aus der Division der absoluten Honoraranforderungen der vorgenannten Leistungsarten und -sparten durch die gewogenen Fallzahlen dieser Leistungsarten und -sparten. Die jeweils gewogene Fallzahl ergibt sich durch Summation der gewogenen Mitgliederfallzahl, der gewogenen Familienangehörigenfallzahl und der gewogenen Rentnerfallzahl. Die jeweils gewogene Fallzahl der Mitglieder, Familienangehörigen und Rentner ergibt sich durch Multiplikation der entsprechenden Fallzahlen mit den entsprechenden Gewichtungsfaktoren. Der entsprechende Gewichtungsfaktor ergibt sich aus dem jeweiligen Quotienten der durchschnittlichen Honoraranforderung der Fachgruppen für Mitglieder/Familienangehörige/Rentner pro Fall zu dem allgemeinen Durchschnitt pro Fall.

in den arztbezogenen Gesamtübersichten als Vergleichsgrößen zu den Abrechnungswerten nach Nr. 2 die durchschnittlichen Honoraranforderungen in EBM-Punkten je Behandlungsfall bei der Fachgruppe und die sich absolut und in Prozent ergebenden Abweichungen.

Die jeweiligen Fachgruppenwerte für die Leistungsbereiche, -arten und -sparten ergeben sich aus einem Anwendervergleich. Im Rahmen des Anwendervergleichs fließen in die Fachgruppenwerte zu jeder einzelnen abgerechneten Leistung des Arztes nur die Abrechnungshäufigkeiten mit den zugrunde liegenden Fallzahlen derjenigen Ärzte der Fachgruppen gemäß Anlage 1 ein, die die jeweilige Leistung ebenfalls abgerechnet haben. In dieser Weise erfolgt eine Summation der Einzelleistungswerte zu sparten-, arten- bzw. bereichsbezogenen Fallwerten. Leistungen, die der Arzt selbst nicht erbringt, bleiben bei der Berechnung des anwenderbezogenen Fachgruppenschchnitts unberücksichtigt; bezogen auf die Zahl der Überweisungen und Zuweisungen nach Nr. 1 die Arztnummern der überweisenden Ärzte mit der jeweils zugehörigen Anzahl an Überweisungs- bzw. Zuweisungsscheinen,

die veranlassten Überweisungen/Zuweisungen in den Angaben entsprechend Nr. 4 sowie das zugehörige Honorarvolumen werden in besonderen Fällen (z. B. für das Beschwerdeverfahren) zur Verfügung gestellt.

- (4) Die Frequenztabellen weisen zusätzlich zur Angabe der Gesamtzahl der Ärzte innerhalb der Fachgruppen aus:
- a. die Zahl der abgerechneten einzelnen Leistungen absolut und bezogen auf 100 Behandlungsfälle. Hierbei wird die Abrechnungsfallzahl des jeweiligen Leistungsbereiches bzw. der jeweiligen Leistungsart zugrunde gelegt,
 - b. bezogen auf die Werte nach Nr. 1 die durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit innerhalb der Fachgruppe auf 100 Behandlungsfälle unter Zugrundelegung eines reinen

Anwendervergleichs und die daraus resultierende prozentuale Abweichung zu den Abrechnungsfrequenzen nach Nr. 1,

- c. zu jeder Leistung die Anzahl der sie abrechnenden Ärzte aus der Fachgruppe,
 - d. in besonderen Fällen (z. B. für das Beschwerdeverfahren) Art und Häufigkeit der Leistungen, die als Folge von Überweisung oder Zuweisung des geprüften Arztes an andere Ärzte erbracht wurden.
- (5) Die Gesamtübersichten vor Prüfung und die Frequenztabellen sind bezogen auf die Fachgruppen gemäß Anlage 1 und auf den gesamten Bereich der KV Nordrhein zu erstellen; sie bilden die Prüfgrundlage. Die Einordnung der Ärzte in Fachgruppen ergibt sich aus der Anlage 1.

Anlage 5

Kostenersatz

Unter Bezugnahme auf § 2 Abs. 4-7 der Rahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V wird die Prüfungsstelle verpflichtet, für die Anträge nach § 1 Nr. 2 bis 5 dieser Prüfvereinbarung eine gesonderte Rechnungslegung nach Kostenstellen zu führen. Zum Kostenersatz- und zu den Datenlieferungen gilt die zwischen Prüfungsstelle und Kostenträgern geschlossene Kostenersatz- und Datenlieferungsvereinbarung.

Anlage 6
Praxisbesonderheiten nach § 13

Der gesetzlichen Vorgabe des § 106a Abs. 4 S. 3 SGB V wurde vorliegend bereits dadurch Rechnung getragen, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen in den Antragsvoraussetzungen berücksichtigt wurde. Die Vertragspartner werden die weitere Entwicklung beobachten und gegebenenfalls adäquate Maßnahmen zur Steuerung treffen.

Anlage 7

Anforderungen für die Antragsstellung in besonderen Fällen nach § 15

Fehlen die nachstehend aufgeführten, verpflichtenden Muss-Angaben, ist die Prüfungsstelle berechtigt, den Antrag – ohne in der Sache entscheiden zu müssen – an die den Prüfantrag stellende Krankenkasse zurückzusenden. Jedem Antrag sind die relevanten Belege (Images, Verordnungsdatensätze etc.) anzufügen.

Allgemeine Angaben für alle Anträge	
Pflicht-Angabe*	Anmerkung
Datum des Antrages	
Name der Krankenkasse	Angabe Name der Krankenkassen oder des Institutionskennzeichen ist ausreichend
Institutionskennzeichen der Krankenkasse	
Betriebsstättennummer der verordnenden Stelle	ggf. Angabe des Nebenbetriebsstättennummer
Bezeichnung der Betriebsstätte	Soll-Angabe
Lebenslange Arztnummer des Verordners	
Name des Verordners	Soll-Angabe
Art/Bezeichnung der zu prüfenden Leistung(en)	z.B. nach §§ 31-33 SGB V oder Sonstige
Quartal(e) und Jahr des Prüfzeitraums	
Beantragte Summe in EURO (Gesamtsumme)	
Hinweis zur Ermittlung der Antragssumme	Soll-Angabe
Unterschrift des Antragstellers	
*Diese Angaben sind zwingend, soweit keine abweichende Anmerkung angegeben.	

(Fortsetzung nächste Seite)

I. Spezielle Angaben	
Veranlasste Leistung nach § 31 SGB V (gilt auch SSB-Verordnungen; ohne Hilfsmittel) Arznei- u/o Verbandmittel, Harn-/Blutteststreifen, enterale Ernährung, sonstige Medizinprodukte	
Pflicht-Angabe*	Anmerkung
Verordnungsdatum	
Abgabe-/Abrechnungsdatum / Datum der Leistungserbringung	Soll-Angabe
Beanstandungsgrund	
Hinweis zur Berechnung	Soll-Angabe
Beantragte Summe in Euro für Position nach I	
Häufigkeit der beanstandeten Leistung	
Versichertennummer(n)	nicht bei SSB
Name(n) der versicherten Person(en)	nicht bei SSB; Soll-Angabe
PZN / Artikelnummern	Artikel muss eindeutig beschrieben sein; ausschließliche Nennung der PZN ist hierfür hinreichend; fehlt die PZN sind Angaben zu Artikelname, Wirkstoffgehalt Darreichungsform und Packungsgröße verpflichtend
Artikelname	
Wirkstoffgehalt je abteilter Form	
Darreichungsform	
Packungsgröße	
ATC-Code	Soll-Angabe
ATC-Bezeichnung	Soll-Angabe
Wirkstoff / Wirkstoffe	Soll-Angabe
Anzahl der relevanten Belegnummern/Datensätze	
Belegnummer/Datensatznummer bei eVerordnung	Soll-Angabe
Bruttoverordnungs-kosten**	
Abschläge/Rabatte**	falls angefallen
Zuzahlungsbetrag**	falls angefallen
Nettoverordnungs-kosten**	
Nettoschaden**	
*Diese Angaben sind zwingend, soweit keine abweichende Anmerkung angegeben.	
**je Beleg/Datensatz für beanstandete Position	

(Fortsetzung nächste Seite)

II. Veranlasste Leistungen nach § 32 SGB V (Heilmittel)	
Pflicht-Angabe*	Anmerkung
Verordnungsdatum	
Abgabe-/Abrechnungsdatum / Datum der Leistungserbringung	Soll-Angabe
Beanstandungsgrund	
Hinweis zur Berechnung	Soll-Angabe
Beantragte Summe in Euro für Position nach II (Gesamtsumme)	
Häufigkeit der beanstandeten Leistung	
Versichertennummer(n)	Soll-Angabe
Name(n) der versicherten Person(en)	Soll-Angabe
Bezeichnung Heilmittel nach Maßgabe Heilmittelkatalog	
Zahl der verordneten Einheiten	
Behandlungsrelevante Diagnose(n)	Soll-Angabe
Anzahl Hausbesuch (spezifiziert nach Fall)	Soll-Angabe
Bruttoverordnungskosten (spezifiziert nach Fall)	
Zuzahlungsbetrag (spezifiziert nach Fall)	falls angefallen
Nettoverordnungskosten (spezifiziert nach Fall)	
Nettoschaden (spezifiziert nach Fall)	
*Diese Angaben sind zwingend, soweit keine abweichende Anmerkung angegeben.	

III. Veranlasste Leistungen nach § 32 SGB V (Hilfsmittel)	
Pflicht-Angabe*	Anmerkung
Verordnungsdatum	
Abgabe-/Abrechnungsdatum / Datum der Leistungserbringung	Soll-Angabe
Beanstandungsgrund	
Hinweis zur Berechnung	Soll-Angabe
Beantragte Summe in Euro für Position nach II (Gesamtsumme)	
Häufigkeit der beanstandeten Leistung	
Versichertennummer(n)	Soll-Angabe
Name(n) der versicherten Person(en)	Soll-Angabe
Bezeichnung Hilfsmittel nach Maßgabe Hilfsmittelkatalogs	
Anzahl (spezifiziert nach Fall)	
Angaben zum Versorgungszeitraum (Anzahl Tage/Monate etc.) / (spezifiziert nach Fall)	
Bruttoverordnungskosten (spezifiziert nach Fall)	
Zuzahlungsbetrag (spezifiziert nach Fall)	falls angefallen
Nettoverordnungskosten (spezifiziert nach Fall)	
Nettoschaden (spezifiziert nach Fall)	
*Diese Angaben sind zwingend, soweit keine abweichende Anmerkung angegeben.	

(Fortsetzung nächste Seite)

IV. Sonstige veranlasste Leistungen

z.B. Krankenhausbehandlung, Krankentransporte, häusliche Krankenpflege, AU, medizinische Reha, Sozio-Therapie, SAPV etc.

Außer den allgemeinen Angaben gibt es in diesen Fällen keine weiteren formalen Anforderungen an die Antragsstellung. Der Antrag muss hinreichend bestimmt sein; die Antragsbegründung muss die wesentlichen Tatsachen beinhalten.

Protokollnotiz

zur Prüfvereinbarung vom 11.12.2023

A. Lenkungsgremium und Arbeitsgruppen

Zur effektiven Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Fortentwicklung eines gemeinsamen Prüfverständnisses unterhalten die Vereinbarungspartner Arbeitsgruppen und ein Lenkungsgremium, die die Prüfung nach §§ 106-106c SGB V kontinuierlich beobachten, Inhalte, Prüffelder und Ziele definieren. Es herrscht nach § 106 Abs. 3 Satz 6 SGB V Einvernehmen, dass gezielte Beratungen (und Informationen) der Vertragsärzte weiteren Maßnahmen in der Regel voran- gehen sollen.

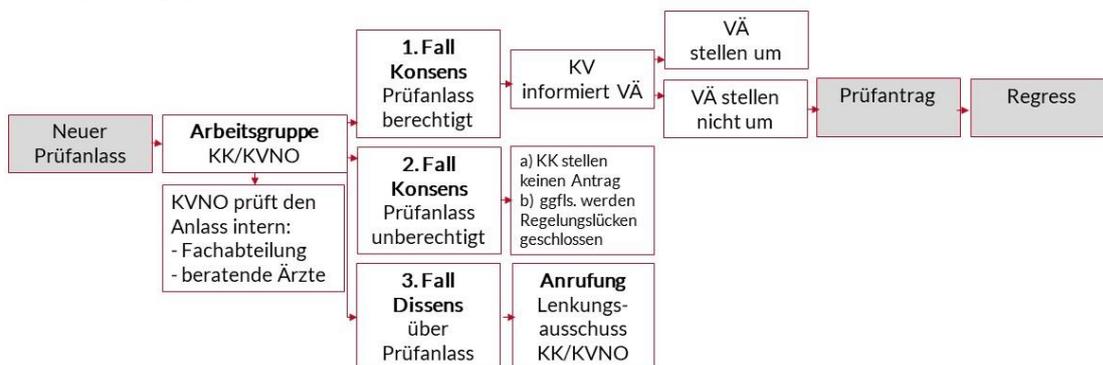
I. Lenkungsgremium

Das Lenkungsgremium besteht aus je drei Vertretern der Krankenkassen und der KV Nordrhein. Im Einzelfall können jeweils ein Berater bzw. die Prüfungsstelle hinzugezogen werden. Das Lenkungsgremium soll sich insbesondere mit folgenden Aufgaben befassen:

- gemeinsame und prozessuale Begleitung der Prüfungsstelle,
- Digitalisierung entlang der kompletten Prozessstrecke,
- Eskalations- bzw. Schnittstelle bei Dissens auf Arbeitsgruppenebene, um bei Bedarf und nach Vorbereitung durch die Arbeitsgruppen Lösungen sowohl für die Vergangenheit als auch für die Zukunft zu finden.
- Die Einrichtung des Lenkungsgremiums ist zunächst bis zum 31.12.2026 befristet.

Der Prozessablauf ist wie folgt vorgesehen:

Prozessablauf



Ablaufskizze

Neu identifizierte Prüffelder oder „Lesarten“ bspw. der SSB-Vereinbarung werden – insbesondere zwecks Kommunikation der abgestimmten Sichtweise – in die gemeinsamen Arbeitsgruppen getragen.

1. Bei Konsens über die Berechtigung des Prüfanlasses informiert die KVNO die Vertragsärzte (VÄ), die ihr Ordnungsverhalten umstellen. Falls nein, wird ein Prüfverfahren eingeleitet, beginnend mit dem Folgequartal nach der Information.
2. Kommt die AG zu dem Ergebnis, dass der Prüfanlass unberechtigt ist, wird dieses Prüffeld nicht weiter verfolgt. Gegebenenfalls werden Regelungslücken – auch mit Wirkung für die Vergangenheit – geschlossen.
3. Kommt keine Einigung zustande, besteht die Möglichkeit, dass das zu implementierende Lenkungsgremium der Krankenkassen und der KVNO angerufen wird.

II. Arbeitsgruppen

Neben den bestehenden Arbeitsgruppen „Arzneimittel“, „Heilmittel“ und „Sprechstundenbedarf“ können gegebenenfalls weitere Arbeitsgruppen eingerichtet werden. Die Arbeitsgruppen sind berechtigt, bei Dissens über Fragen der Wirtschaftlichkeit, das Lenkungsgremium anzurufen.

B. Sprechstundenbedarf, Durchschnittswerteprüfung

Die Vereinbarungspartner sind sich darüber einig, die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen mittels geeigneter Prüfmethode zu überwachen. Von einer Prüfung des Sprechstundenbedarfs nach Durchschnittswerten wird angesichts der effektiven Versorgungsprüfung „Sprechstundenbedarf unzulässig“ abgesehen. Die Vereinbarungspartner beobachten hierzu die weitere Entwicklung und treffen gemeinsam gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen.

C. Prüfverfahren für Kooperationsgemeinschaften (Medizinische Versorgungszentren, fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften (BAG))

Die Vereinbarungspartner vereinbaren, Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung von Medizinischen Versorgungszentren und fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften zu entwickeln und zu erproben.

Düsseldorf, Bochum, Dresden, Essen, Münster, den 11.12.2023

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Carsten König, M. san.
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse**

BKK-Landesverband NORDWEST

Matthias Mohrmann
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes

Stephan Koberg
Stellvertretender Geschäftsbereichsleiter

IKK classic

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Jörg Klinzing
Leiter Geschäftsbereich Arznei-, Heil- und
Hilfsmittel

KNAPPSCHAFT

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dr. Andreas Bombien
Dezernent

Dirk Ruiss
Der Leiter der vdek-Landesvertretung NRW