

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)

Inhalt:

Präambel

- § 1 Gegenstand und Geltungsbereich
- § 2 Beteiligte des Prüfverfahrens
- § 3 Prüfungseinrichtungen
- § 4 Beratende Stellen
- § 5 Besetzung des Beschwerdeausschusses
- § 6 Rechtsstellung/Entschädigung der Ausschussmitglieder
- § 7 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss
- § 8 Aufgaben des Beschwerdeausschusses
- § 9 Prüfungsstelle
- § 10 Haushalt und Berichtswesen
- § 11 Prüfungsarten und Antragsverfahren
- § 12 Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungstätigkeit
- § 13 Prüfung gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)
- § 14 Auswahl und Prüfung der ärztlichen Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten
- § 15 Prüfung in besonderen Fällen
- § 16 Erprobungsregelungen
- § 17 Inkrafttreten, Übergangsregelung, Kündigung
Salvatorische Klausel

Anlage 1 (Definition Arztgruppen bzw. Arztuntergruppen)

Anlage 2 (Arzneimittel)

Anlage 3 (Heilmittel)

Anlage 4 (Gliederung und Muster der Honorarstatistiken)

Anlage 5 (Kostensatzregelung, Datenlieferung)

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

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.

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich

1. Diese Prüfvereinbarung regelt 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

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 eine von ihnen beauftragte Stelle sowie die Antrag stellende Krankenkasse, 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 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 Prüfungsantrags/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 Stimmengleichheit 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 und 5 dieser Prüfvereinbarung gelten 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 vorgehen. Die Beratung kann Dritten übertragen werden. Dabei kann die Beratung schriftlich oder mündlich erfolgen (Näheres regeln die entsprechenden Anlagen).
5. Die Prüfungsstelle prüft:
 - a. die Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit
 - b. die Wirtschaftlichkeit und Zulässigkeit der Verordnungstätigkeit
 - c. das Vorliegen eines sonstigen Schadens
 - d. die Wirtschaftlichkeit der veranlassten Leistungen.

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 § 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.
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 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.
9. Die Prüfungsstelle teilt der KV Nordrhein einmal im Quartal die Regressbeträge im Rahmen der Prüfung des Sprechstundenbedarf (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 und Antragsverfahren

1. Die Prüfungseinrichtungen prüfen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch
 - a) Prüfung ärztlich verordneter Arznei-/Verbandmittel und Heilmittel (jeweils Prüfung von Amts wegen) und Sprechstundenbedarf (SSB) (Prüfung auf schriftlichen Antrag) nach einer modifizierten Durchschnittswertprüfung mit vereinbarten Auffälligkeitskriterien (gemäß Anlage 2 und Anlage 3)
 - b) Prüfung ärztlicher und sonstiger ärztlich veranlasster Leistungen gemäß § 106a Abs. 1 SGB V auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 Prozent der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung) (Prüfung von Amts wegen)
 - c) Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen (Behandlungstätigkeit) nach Durchschnittswerten (Prüfung auf schriftlichen Antrag)
 - d) Prüfung in besonderen Fällen (Prüfung auf schriftlichen Antrag).

2. Für die Antragserfordernisse 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 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 § 11 Abs. 1d dieser Prüfvereinbarung.

§ 12

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungstätigkeit

1. Die Wirtschaftlichkeit der Verordnungen von Arznei- und Verbandmitteln (Arzneiverordnungstätigkeit), Heilmitteln und Sprechstundenbedarf (SSB) 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 Arzneimittelzuzahlungen, 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. Heilmittelverordnungs-tätigkeit 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. Der Sprechstundenbedarf (SSB) bleibt davon unberührt. 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. Für die Prüfung der Verordnung von Sprechstundenbedarf (SSB) 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 gemäß 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 (SSB) nach Durchschnittswerten erfolgt auf Antrag der Krankenkassen, der von ihnen beauftragten Stelle oder der KV Nordrhein. Anträge sollen sich auf vier aufeinander folgende Quartale, in der Regel auf das Kalenderjahr, beziehen. Die Anträge sollen innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Abschluss des zu prüfenden Kalenderjahres gestellt und begründet werden. Die genannte Frist dient der Verfahrensbeschleunigung; ihre Versäumung stellt kein Verfahrenshindernis dar. Als für die Prüfung notwendige Unterlagen sind die

zur Verordnung von Sprechstundenbedarf (SSB) ausgestellten Verordnungsblätter (Images) vollständig beizubringen.

15. Bei erstmaliger Auffälligkeit erfolgt eine individuelle Beratung. Dies gilt für statistische Prüfungen.
Eine erstmalige Auffälligkeit liegt vor, wenn bislang keine individuelle Beratung nach der Neuregelung oder der Regelung bis zum 31.12.2016 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.

20. 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.
21. 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.

§ 13

Prüfung gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)

1. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch BSNR-bezogene Prüfung auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben nach § 106a Abs. 1 SGB V erstreckt sich auf die Behandlungstätigkeit 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 Behandlungstätigkeit gemäß § 106a Abs. 2 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 Behandlungstätigkeit im Sinne des § 106a 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 Werktage 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 ambulante 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 zu Gunsten 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.
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. 2 Satz 1 Nr. 1 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.

§ 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 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. 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 Bundesmantelvertrag sollen in den Fällen des Abs. 1 a) - c) Anträge innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Abschluss des Quar-

tals gestellt werden, in dem der vom Antrag erfasste Sachverhalt angefallen ist. Anträge nach Abs. 1 d) - f) sollen 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. Die in Satz 3 und 4 genannten Fristen dienen der Verfahrensbeschleunigung; ihre Versäumung stellt kein Verfahrenshindernis dar.

3. Anträge nach Abs. 1 a) - f) sind nur zulässig, soweit der jeweilige gesamte für die Antragstellung ermittelte Schadensbetrag je Arzt im Sinne der BSNR mindestens 30 € je Quartal 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.

§ 16

Erprobungsregelungen

Die Vertragspartner vereinbaren zur Weiterentwicklung des Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens nachstehende Erprobungsregelungen:

1. Morbidity Related Groups (MRG)

Die Vertragspartner werden das Modell der Morbidity Related Groups (MRG) erproben.

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

Die Vertragspartner vereinbaren, Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung von Medizinischen Versorgungszentren und fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) zu entwickeln und zu erproben.

3. Laufzeit

Die Entwicklung und Erprobung des MRG Modells und des Prüfverfahrens für Kooperationsgemeinschaften (Medizinische Versorgungszentren, fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)) soll bis zum 31.12.2018 abgeschlossen sein.

4. Erprobungsphase

Rechte und Pflichten werden während der Dauer der Erprobungsphase für die Vertragspartner und die Ärzte nicht begründet. Davon bleiben die übrigen Regelungen dieser Prüfvereinbarung unberührt.

§ 17

Inkrafttreten, Übergangsregelung, Kündigung

1. Diese Prüfvereinbarung tritt zum 1. Januar 2017 in Kraft. Sie ersetzt die zuvor geltende Prüfvereinbarung, Abs. 2 bleibt unberührt.

Der Anhang 1 zur Anlage 2 dieser Prüfvereinbarung wird erstmals für das Kalenderjahr 2017 vereinbart. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass dieser Anhang jährlich und im Zusammenhang mit den Verhandlungen zur Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen neu für das Folgejahr vereinbart wird. Gleiches gilt für Anhang 2 der Anlage 3, welcher jährlich im Zusammenhang mit den Verhandlungen über die Heilmittelvereinbarung neu für das Folgejahr vereinbart wird.
2. Für das Kalenderjahr 2017 wird das Ergebnis einer Prüfung nach dieser Prüfvereinbarung mit dem Ergebnis einer Prüfung nach der vorherigen Prüfvereinbarung verglichen. Zur Vermeidung einer Benachteiligung wird als eventuelle Prüfmaßnahme die für den Betroffenen günstigere Maßnahme getroffen. Dies gilt nur für Prüfarten, die die Richtgrößenprüfung ablösen.
3. Die Prüfvereinbarung kann mit dreimonatiger Kündigungsfrist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Prüfvereinbarung gilt diese Vereinbarung weiter.

4. Soweit in diesem Vertrag auf gesetzliche Vorschriften oder sonstiges Recht Bezug genommen wird, gilt die jeweils neueste Fassung.
5. 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.

Düsseldorf, Bochum, Dresden, Essen, Münster, den 26.04.2017

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Carsten König
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse**

BKK-Landesverband NORDWEST

Vorsitzender des Vorstandes

Stellvertretender Vorstand

IKK classic

**SVLFG als
Landwirtschaftliche Krankenkasse**

Unternehmensbereichsleiter
Gesundheitspartner und –versorgung

KNAPPSCHAFT

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Geschäftsführerin

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	<p>1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind</p> <p>2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte</p> <p>3 = kinderärztliche Hausarztpraxen mit HA-KZ</p>
26 = Laborärzte	<p>1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind</p> <p>2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte</p>
29 = Lungenärzte	<p>1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind</p> <p>2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte</p>
35 = MKG- Chirurgen	<p>1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind</p> <p>2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte</p>
38 = Nervenärzte	<p>1 = übrige Praxen der Fachgruppe 38, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind</p> <p>2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte</p> <p>3 = unbesetzt</p> <p>4 = unbesetzt</p> <p>5 = Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie, sofern nicht Untergruppe 9</p> <p>6 = Neurologie, sofern nicht Untergruppe 9</p> <p>7 = Psychiatrie, sofern nicht Untergruppe 9</p> <p>8 = Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie/-psychotherapie, sofern nicht Untergruppe 9</p> <p>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 definiert</p>
41 = Neurochirurgen	<p>1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind</p> <p>2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte</p>
44 = Orthopäden	<p>1 = übrige Praxen, die keiner der genannten Gruppen zuzuordnen sind</p> <p>2 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte</p>

**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.

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 – Praxisbesonderheiten 2017

Symbolziffer	Praxisbesonderheit
90901	Arzneimitteltherapie und bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder angeborenen Enzymmangelkrankungen (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 Hyperparathyroidismus
90907	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen
90909	Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturzubereitung
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 – Datensatzbeschreibung und Einzelheiten

- 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 Ordnungsblätter.

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]

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
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
9	Gesamtnetto	..15	N	M	Nettosumme der abgegebenen Mittel Quellenhinweis: \sum EFP-Segment.Betrag - \sum NPB-Segment.Betrag - \sum PosZuzahlung Angaben in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, negativ durch führendes '-' zulässig

Satzaufbau MFR 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	Versichertenstatus	1	N	M	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner
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
9	Gesamtnetto	..15	N	M	Nettosumme der abgegebenen Mittel Quellenhinweis: \sum EFP-Segment.Betrag - \sum NPB-Segment.Betrag - \sum 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.

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 Fachgruppenschnitt um mehr als 50 Prozent überschreitet.

Anhang 1 bestehend aus:

Anlage 2 zur HM-RL: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V (mit Wirkung ab dem 01.01.2017)

und

Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen – Besondere Verordnungsbedarfe (mit Wirkung ab dem 01.01.2017)

Anlage 2 zur HM-RL: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V (mit Wirkung ab dem 01.01.2017)

BAITZ/AT 10.05.2016/B2

Anhang zum Beschluss

Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V (mit Wirkung ab dem 01. Januar 2017)

Inhaltsverzeichnis

Stoffwechselfstörungen.....	2
Erkrankungen des Nervensystems.....	2
Entzündliche Polyarthropathien, Systemkrankheit des Bindegewebes und Spondylopathien.....	5
Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem.....	6
Erkrankungen des Lymphsystems.....	8
Störungen der Sprache.....	8
Entwicklungsstörungen.....	9
Chromosomenanomalien.....	9
Störungen der Atmung.....	10

1

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Stoffwechselstörungen					
E74.0	Glykogenspeicherkrankheiten [Glykogenose]		ZN1 / ZN2 / PN / AT2 / WS2 / EX2 / EX3 / CS / SO1	EN1 / EN2 / SB1 / SB7	SC1
E75.0	GM2-Gangliosidose				
E76.0	Mukopolysaccharidose, Typ I				
Erkrankungen des Nervensystems					
Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome					
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]				
G12.1	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie		ZN1 / ZN2 / AT2	EN3 / SB7	SC1 / SP5 / SP6
G12.2	Motoneuron-Krankheit				
G12.8	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome				
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet				
G14	Postpoliosyndrom		ZN2 / AT2	EN2/EN3	SC1/SP6
G20.2-	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung (Stadium 5 nach Hoehn und Yahr)		ZN2	EN2	SC1 / SP6 / ST1
G24.3	Torticollis spasticus	nur bei gleichzeitiger leitliniengerechter medikamentöser Therapie	WS2		
G61.8	Länger bestehende chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIPD) Sonstige Polyneuritiden	nur chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyradikuloneuropathie (CIPD)	PN	EN3 / EN4	
G71.0	Muskeldystrophie		ZN1 / ZN2 / AT2	EN1 / EN2 / SB7	SC1 / SP6

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
	infantile Zerebralparese				
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese				
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese				
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese		ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SP1 / SP2 / SP6 / SC1
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese				
G80.4	Ataktische Zerebralparese				
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese				
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet				
	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie				
G82.0-	Schlaffe Paraparese und Paraplegie				
G82.1-	Spastische Paraparese und Paraplegie				
G82.2-	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet		ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	
G82.3-	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie				
G82.4-	Spastische Tetraparese und Tetraplegie				
G82.5-	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet				
G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	Wachkoma (apallisches Syndrom, auch infolge Hypoxie)	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1
G93.80	Apallisches Syndrom				
G95.0	Syringomyelie und Syringobulbie		ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 / EN3	
	Enzephalozele				
Q01.0	Frontale Enzephalozele				
Q01.1	Nasofrontale Enzephalozele		ZN1 / ZN2 / AT2 / SO1 / SO3	EN1 / EN2 / EN3	SC1 / SP1 / SP5 / SP6
Q01.2	Okzipitale Enzephalozele				
Q01.8	Enzephalozele sonstiger Lokalisationen				

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Q01.9	Enzephalozele, nicht näher bezeichnet				
Q03.0	Angeborener Hydrozephalus Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri				
Q03.1	Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturæ laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels				SC1 / SP1 / SP5 / SP6
Q03.8	Sonstiger angeborener Hydrozephalus		ZN1 / ZN2 / AT2 / SO1 / SO3	EN1 / EN2 / EN3	
Q03.9	Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet				
	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns				
Q04.0	Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum				
Q04.1	Arrhinenzephalie				
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom				
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns				
Q04.4	Septooptische Dysplasie				
Q04.5	Megalenzephalie				
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten				
Q04.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gehirns				
Q04.9	Angeborene Fehlbildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet				
	Spina bifida				
Q05.0	Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.3	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus				
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus				
			ZN1 / ZN2 / AT2 / SO1 / SO3	EN1 / EN2 / EN3	SC1 / SP1 / SP5 / SP6

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
M07.1-	Arthritis mutilans				
M08.1-	Juvenile Arthritis				
M08.1-	Juvenile Spondylitis ankylosans		WS2 / EX2 / EX3	SB1 / SB5	
M08.2-	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form				
M32.1	Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen		EX2 / EX3 / WS2 / AT2	SB4 / SB5 / SB7	
M32.8	Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes				
M34.0	Systemische Sklerose				
M34.0	Progressive systemische Sklerose		WS2 / EX2 / EX3 / AT2	SB1 / SB5	
M34.1	CR(E)ST-Syndrom				
M45.0-	Spondylitis ankylosans				
M45.0-	Spondylitis ankylosans		WS2 / EX2 / EX3	SB1 / SB5	
Q87.4	Marfan-Syndrom		WS2 / EX2 / EX3 / AT2	SB1 / SB7	
Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem					
M41.0-	Idiopathische Skoliose beim Kind	Skoliose über 20° nach Cobb bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr			
M41.1-	Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen		WS2 / EX4	SB1	
Q71.0	Reduktionsdefekte der oberen Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)				
Q71.0	Angeborenes vollständiges Fehlen der oberen Extremität(en)		CS / AT2 / PN / WS2 / EX2 / EX3 / ZN2 / GE / LY2 / SO1 / SO2 / SO3 / SO4	SB3	
Q71.1	Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterarmes bei vorhandener Hand				
Q71.2	Angeborenes Fehlen sowohl des Unterarmes als auch der Hand				
Q71.3	Angeborenes Fehlen der Hand oder eines oder mehrerer Finger				
Q71.4	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Radius				

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Q71.5	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Ulna				
Q71.6	Spalthand				
Q71.8	Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en)				
Q71.9	Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet				
	Reduktionsdefekte der unteren Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)				
Q72.0	Angeborenes vollständiges Fehlen der unteren Extremität(en)				
Q72.1	Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterschenkels bei vorhandenem Fuß				
Q72.2	Angeborenes Fehlen sowohl des Unterschenkels als auch des Fußes				
Q72.3	Angeborenes Fehlen des Fußes oder einer oder mehrerer Zehen				
Q72.4	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Femurs				
Q72.5	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Tibia				
Q72.6	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Fibula				
Q72.7	Spallfuß				
Q72.8	Sonstige Reduktionsdefekte der unteren Extremität(en)				
Q72.9	Reduktionsdefekt der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet				
	Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)				
Q73.0	Angeborenes Fehlen nicht näher bezeichneter Extremität(en)				
Q73.1	Phokomelie nicht näher bezeichneter Extremität(en)				
Q73.8	Sonstige Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)				
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita		EX3 / EX4	SB5	
Q 86.80	Thalidomid-Embryopathie				SP3 / SP4 / SP6
Q87.0	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes		WS2 / EX3 /	SB3	SP3 / SF /

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Erkrankungen des Lymphsystems					
N.N.	Lymphödem Stadium III (Elephantiasis)		N.N.		
C00-C97	Bösartige Neubildungen	Bösartige Neubildungen nach OP / Radiatio, insbesondere bei <ul style="list-style-type: none"> • Bösartigem Melanom • Mammakarzinom • Malignome Kopf / Hals • Malignome des kleinen Beckens (weibliche, männliche Genitalorgane, Harnorgane) 	LY3		
Q82.0	Hereditäres Lymphödem		LY2		
Störungen der Sprache					
Gaumenspalte mit Lippenspalte					
Q37.0	Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte				
Q37.1	Spalte des harten Gaumens mit einseitiger Lippenspalte				
Q37.2	Spalte des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte				
Q37.3	Spalte des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte				
Q37.4	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte				
Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte				
Q37.8	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit beidseitiger Lippenspalte				
Q37.9	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit einseitiger Lippenspalte				SP3 / SF

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Entwicklungsstörungen					
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen					
F84.0	Frühkindlicher Autismus				
F84.1	Atypischer Autismus				
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters				
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypen				
F84.5	Asperger-Syndrom				
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen				
F84.2	Rett-Syndrom		ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 / PS1	SP1
			ZN1 / ZN2 / WS2 / EX2 / EX3 / AT2	PS1 / EN1 / EN2 / SB1 / SB7	SP1 / SC1
Chromosomenanomalien					
Down-Syndrom					
Q90.0	Trisomie 21, meiotische Non-disjunction				
Q90.1	Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-disjunction)				
Q90.2	Trisomie 21, Translokation				
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet				
Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom					
Q91.0	Trisomie 18, meiotische Non-disjunction				
Q91.1	Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)				
Q91.2	Trisomie 18, Translokation				
Q91.3	Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet				
Q91.4	Trisomie 13, meiotische Non-disjunction				
Q91.5	Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)				
			ZN1 / ZN2	EN1	SP1 / SP3 / RE1 / SC1
			ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SP1

ICD-10	Diagnose	Hinweis / Spezifikation zur Diagnose	Diagnosegruppe / Indikationsschlüssel		
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
J44.00	Chronisch obstruktive Lungenkrankheiten Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV ₁ < 35 % des Sollwertes				
J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV ₁ < 35 % des Sollwertes				
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV ₁ < 35 % des Sollwertes		AT2 / AT3		
J44.90	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV ₁ < 35 % des Sollwertes				

Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen – Besondere Verordnungsbedarfe (mit Wirkung ab dem 01.01.2017)

Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Sprech- und Sprachtherapie	
Erkrankungen des Nervensystems						
B94.1		Folgezustände der Virusenzephalitis	ZN1/ZN2/SO3	EN1/EN2	SC1/ST1/SP1/ SP3/SP4/SP5/ RE1/RE2/SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C70.0		Bösartige Neubildungen der Meningen				
C70.1		Hirnhäute				
C70.9		Rückenmarkshäute				
		Meningen, nicht näher bezeichnet				
C71.0		Bösartige Neubildung des Gehirns				
C71.1		Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel				
C71.2		Frontallappen				
C71.3		Temporallappen				
C71.4		Parietallappen				
C71.5		Okzipitallappen				
C71.6		Hirnentrikel				
C71.7		Zerebellum	ZN1/ZN2/ SO1/SO3	EN1/EN2/ EN3	SC1/ST1/SP1/ SP2/SP3/SP5/ SP6/RE1/RE2/SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C71.8		Hirnstamm				
C71.9		Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend Gehirn, nicht näher bezeichnet				
C72.0		Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems				
C72.1		Rückenmark				
C72.2		Cauda equina				
C72.3		Nn. olfactorii [I. Hirnnerv]				
C72.4		N. opticus [II. Hirnnerv]				
C72.5		N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]				
C72.8		Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven				
C72.9		Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet				
G10		Chorea Huntington	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/SP6	

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
G11.0 G11.1 G11.2 G11.3 G11.4 G11.8 G11.9		Hereditäre Ataxie Angeborene nichtprogressive Ataxie Früh beginnende zerebellare Ataxie Spät beginnende zerebellare Ataxie Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem Hereditäre spastische Paraplegie Sonstige hereditäre Ataxien Hereditäre Ataxie, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1	
G20.1- G21.3 G21.4 G21.8		Primäres Parkinson-Syndrom Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr) Sekundäres Parkinson-Syndrom Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom Vaskuläres Parkinson-Syndrom Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom	ZN2	EN2	SC1/SP6	
G35.0 G35.1- G35.2- G35.3- G35.9 G36.0 G36.1 G36.8 G36.9		Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] Erstmanifestation einer multiplen Sklerose Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet Sonstige akute disseminierte Demyelinisation Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit] Akute und subakute hämorrhagische Leukoenzephalitis [Hurst] Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation Akute disseminierte Demyelinisation, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3	SC1/ST1/ SP5/SP6	
G37.0 G37.1 G37.2 G37.3 G37.4 G37.5 G37.8 G37.9		Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems Diffuse Hirnsklerose Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum Zentrale pontine Myelinolyse Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom] Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit] Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3	SC1/ST1/ SP5/SP6	

Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
G70.0		Myasthenia gravis	ZN1/ZN2	EN1/EN2/SB7	SC1/SP6	
G81.0		Hemiparese und Hemiplegie				
G81.1		Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie Spastische Hemiparese und Hemiplegie	ZN1/ZN2	EN1/EN2		
I60.0		Subarachnoidalblutung				
I60.1		Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend				
I60.2		Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend				
I60.3		Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend				
I60.4		Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend				
I60.5		Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I60.6		Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend				
I60.7		Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend				
I60.8		Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneten intrakranieller Arterie ausgehend				
I60.9		Sonstige Subarachnoidalblutung Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet				
I61.0		Intrazerebrale Blutung				
I61.1		Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal				
I61.2		Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal				
I61.3		Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet				
I61.4		Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm				
I61.5		Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I61.6		Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung				
I61.8		Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen				
I61.9		Sonstige Intrazerebrale Blutung Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet				
I63.0		Hirninfarkt				
I63.1		Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien				
I63.2		Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien				
I63.3		Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien				
I63.4		Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien				
I63.5		Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien				
I63.6		Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien				
I63.8		Hirninfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichtteilrig				
I63.9		Sonstiger Hirninfarkt	ZN1/ZN2	EN1/EN2	SC1/SP5/ SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I64		Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet				

Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
I69.0		Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit				
I69.1		Folgen einer Subarachnoidalblutung				
I69.2		Folgen einer intrazerebralen Blutung				
I69.3		Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung				
I69.4		Folgen eines Hirninfarktes				
I69.8		Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet				
		Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten				
		Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens mit Myelopathie oder Radikulopathie				
M47.0-	G99.2	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom mit Myelopathie				Längstens 6 Monate nach Akutereignis
M47.1-	G99.2	Sonstige Spondylose mit Myelopathie				
M47.2-	G55.2	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie				
M47.9-	G99.2	Spondylose, nicht näher bezeichnet mit Myelopathie				
M47.9-	G55.2	Spondylose, nicht näher bezeichnet mit Radikulopathie				
M48.0-	G55.3	Spinalkanalstenose mit Radikulopathie				
M50.0	G99.2	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie				
M50.1	G55.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie				
M51.0	G99.2	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie				
M51.1	G55.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie				
		Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes				
S14.0		Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe				
S14.1		Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes				
S14.2		Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes				
S14.3		Verletzung von Nervenwurzeln der Halswirbelsäule				
S14.4		Verletzung des Plexus brachialis				
S14.5		Verletzung peripherer Nerven des Halses				
S14.5		Verletzung zervikaler sympathischer Nerven				
S14.6		Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven des Halses				
S24.0		Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe				
S24.1		Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarkes				
S24.2		Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des thorakalen Rückenmarkes				
S24.3		Verletzung von Nervenwurzeln der Brustwirbelsäule				
S24.4		Verletzung peripherer Nerven des Thorax				
S24.4		Verletzung thorakaler sympathischer Nerven				
S24.5		Verletzung sonstiger Nerven des Thorax				
S24.6		Verletzung eines nicht näher bezeichneten Nerven des Thorax				
			ZN1/ZN2	EN1/EN2	SCI/SP5/SP6/ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
			WS2/EX3/ZN2	EN3		Längstens 6 Monate nach Akutereignis Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf ist die Angabe beider ICD-10-Diagnoseschlüssel
			ZN1/ZN2/AT2	EN1/EN2/EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
			ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		Hinweis / Spezifikation	
			Physiotherapie	Ergotherapie		Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
S34.0		Verletzung der Nerven und des lumbalen Rückenmarkes in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens Kontusion und Ödem des lumbalen Rückenmarkes [Conus medullaris] Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins Verletzung der Cauda equina Verletzung des Plexus lumbosacralis Verletzung sympathischer Nerven der Lendenwirbel-, Kreuzbein- und Beckenregion Verletzung eines oder mehrerer peripherer Nerven des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens				
S34.1-						
S34.2						
S34.3-						
S34.4			ZN1/ZN2	EN1/EN2/EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S34.5						
S34.6						
S34.8						
T09.3		Verletzung des Rückenmarkes, Höhe nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2/AT2	EN3	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis	
Entzündliche Polyarthropathien und Systemkrankheiten des Bindegewebes						
M05.1-		Seropositive chronische Polyarthritis Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme Sonstige seropositive chronische Polyarthritis Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet				
M05.2-						
M05.3-			WS2/EX2/EX3/AT2	SB1/SB5		
M05.8-						
M05.9-						
M06.0-		Seronegative chronische Polyarthritis	WS2/EX2/EX3	SB1/SB5		
M06.1		Adulte Form der Still-Krankheit	WS2/EX2/EX3	SB1/SB5		
M07.0-		Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten Distale interphalangeale Arthritis psoriatica Spondylitis psoriatica Sonstige psoriatische Arthritiden Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] Arthritis bei Colitis ulcerosa Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten				
M07.2						
M07.3-						
M07.4-			WS2/EX2/EX3	SB1/SB5		
M07.5-						
M07.6-						

Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
M08.0- M08.3 M08.4 M08.7- M08.8- M08.9-		Juvenile Arthritis Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form Vaskulitis bei juveniler Arthritis Sonstige juvenile Arthritis Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet	WS2/EX2/EX3	SB1/SB5		
Systemkrankheiten des Bindegewebes						
M30.0 M31.3 M33.0 M33.1 M33.2		Panarteriitis nodosa Wegener Granulomatose Juvenile Dermatomyositis Sonstige Dermatomyositis Polymyositis	EX3/ZN1/ ZN2/PN	EN1/EN2/ SB5/SB7	SC1	
M34.2 M34.8 M34.9		Systemische Sklerose Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert Sonstige Formen der systemischen Sklerose Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet	WS2/EX2/ EX3/AT2	SB1/SB5		
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens						
M40.0- M40.1-		Kyphose als Haltungsstörung Sonstige sekundäre Kyphose	WS2			ab Gesamtkyphosewinkel über 60° bei Erwachsenen
M41.2- M41.5- M42.04		Sonstige idiopathische Skoliose Sonstige sekundäre Skoliose Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule (Thorakalbereich)	WS2/AT2	SB1		ab 50° nach Cobb bei Erwachsenen fixierte Kyphose ab Gesamtkyphosewinkel über 40° bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
M42.05		Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule (Thorakolumbalbereich)	WS2			
M75.1		Schulterläsionen Läsionen der Rotatorenmanschette	EX2/EX3			
Sonstige Osteopathien						
M89.0-		Neurodystrophie [Algodystrophie]	EX2/EX3/ LY2/PN	SB2/SB6		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems						
Q66.0 Q68.0		Pes equinovarus congenitus (Klumpfuß) Angeborene Deformitäten des M. sternocleidomastoideus	EX4 EX4	SB3 SB7		

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnostikgruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems in Verbindung mit einer der nachstehenden Grunddiagnosen						
Z89.-	Z98.8	Extremitätenverlust	EX2/EX3	SB3		Längstens 6 Monate nach Akutereignis
M24.41	Z98.8	Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion	EX2/EX3	SB2		
M23.5-	Z98.8	Chronische Instabilität des Kniegelenkes	EX2/EX3/LY2	SB2		
Z96.60	Z98.8	Vorhandensein einer Schulterprothese	EX2/EX3	SB2		Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf ist die Angabe beider ICD-10-Diagnoseschlüssel
Z96.64	Z98.8	Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese				
Z96.65	Z98.8	Vorhandensein einer Kniegelenkprothese	EX2/EX3/LY2	SB2		
Geriatrische Syndrome						
E41		Alimentärer Marasmus			SC1	ab vollendetem 70. Lebensjahr sofern dieser durch Schluckstörungen verursacht ist
F00.1		Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)				
F00.2		Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form				
F01.0		Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn				
F01.1		Multiinfarkt-Demenz				
F01.2		Subkortikale vaskuläre Demenz				
F01.3		Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz		PSS		ab vollendetem 70. Lebensjahr
F01.8		Sonstige vaskuläre Demenz				
F02.3		Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom				
F02.8		Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheitsbildern				
F03		Nicht näher bezeichnete Demenz				
F41.0		Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]				
F41.1		Generalisierte Angststörung				
F41.2		Angst und depressive Störung, gemischt				
F41.3		Andere gemischte Angststörungen		PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr
F41.8		Sonstige spezifische Angststörungen				
F41.9		Angststörung, nicht näher bezeichnet				
F45.40		Anhaltende somatoforme Schmerzstörung				
F45.41		Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	CS	PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr
G54.6		Phantomschmerz	CS	PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr
H81.-		Störungen der Vestibularfunktion				
H82		Schwindelsyndrome bei andernorts klassifizierten Krankheiten	WS2/EX2/SO3			ab vollendetem 70. Lebensjahr

Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
N39.3		Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	SO2			ab vollendetem 70. Lebensjahr
N39.4-		Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz				ab vollendetem 70. Lebensjahr
R13.-		Dysphagie			SC1	70. Lebensjahr
R15		Stuhlinkontinenz	SO2			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R26.0		Ataktischer Gang				
R26.1		Paretischer Gang				
R26.2		Gehbeschwerden andernorts nicht klassifiziert	WS2/EX2/SO3			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R29.6		Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert				
R32		Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	SO2			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R42		Schwindel und Taumel	WS2/EX2/SO3			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R52.1		Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz		PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr
R52.2		Sonstiger chronischer Schmerz	CS			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R64		Kachexie			SC1	ab vollendetem 70. Lebensjahr
M80.0-		Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur				ab vollendetem 70. Lebensjahr
M80.2-		Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur				70. Lebensjahr
M80.3-		Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff	WS1/WS2/EX1/EX2/EX3			Längstens 6 Monate nach Akutereignis
M80.5-		Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur				
M80.8-		Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur				
Chronische Atemwegkrankheit mit Ursprung in der Perinatalperiode						
P27.1		Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode				
P27.8		Sonstige chronische Atemwegkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode	AT2			
Psychische und Verhaltensstörungen						
F00.0		Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (Typ 2)			PSS	
Entwicklungsstörungen bei Kindern						
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache						
F80.1		Expansive Sprachstörung			SP1/SP2	bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
F80.2-		Rezeptive Sprachstörung			SP1/SP2/SP3/SP6/RE2	bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
F83		Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	ZN1	EN1		

Anhang 2: Regionale Praxisbesonderheiten in Nordrhein 2017

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

**Anhang 3: Datenlieferung und Datensatzbeschreibung Hinweis: abschließend
Stand 18.11.2016**

- 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

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
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 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

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
					führenden Nullen
19	Gesamtzahlung prozentual	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
20	Pauschalzahlung	..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	
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 kura-

tive Behandlung und stationäre kurative Behandlung und die zugehörigen Leistungsparten 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 Einzelleistungsfallwerte zu sparten-, arten- bzw. bereichsbezogenen Fallwerten. Leistungen, die der Arzt selbst nicht erbringt, bleiben bei der Berechnung des anwenderbezogenen Fachgruppenschnitts 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 Leistungsgebietes 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

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.