

Gemeinsame Prüfvereinbarung

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
(im folgenden KVWL genannt)**

und

**der AOK Westfalen-Lippe
(AOK WL)**

**dem BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen
(BKK LV NW)**

**der SIGNAL IDUNA IKK
(IKK)**

**der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen
- zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel -
(LKK NRW)**

**der Knappschaft
(Kn)**

**vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
-Geschäftsstelle Westfalen-Lippe-
(vdek)**

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

Inhaltsübersicht:

- § 1 Regelungsbereich**
- § 2 Beteiligte des Prüfverfahrens**
- § 3 Prüfungseinrichtungen**
- § 4 Prüfungsstelle**
- § 5 Beschwerdeausschuss**
- § 6 Rechte und Pflichten der Prüfungseinrichtungen**
- § 7 Verfahren vor den Prüfungseinrichtungen**
- § 8 Zuständigkeit der Prüfungseinrichtungen**
- § 9 Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten**
- § 10 Prüfung der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall**
- § 11 Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößen**
- § 12 Prüfung der Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)**
- § 13 Unterlagen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung**
- § 14 Widerspruchsverfahren**
- § 15 Niederschriften und Bescheide**
- § 16 Prüfsakte**
- § 17 Sozialgeheimnis und Geheimhaltungspflicht**
- § 18 Kündigung**
- § 19 Salvatorische Klausel**
- § 20 In-Kraft-Treten**

Protokollnotizen

Anhang 1: Daten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Anhang 2: Beratungskommission

Anhang 3: Durchführung der Beratungen nach § 106 Abs. 1a SGB V

Anhang 4: Zuordnung zu Vergleichsgruppen und Besonderheiten der Prüfung für neue Berufsausübungsformen nach dem VÄndG

Anhang 5: Grundsätze des Verfahrens der Anerkennung von Praxisbesonderheiten

A. „Arzneimittel“

B. „Heilmittel“

Anhang 6: Ergänzung zur Durchschnittswertprüfung

**§ 1
Regelungsbereich**

(1) Die Prüfvereinbarung einschließlich ihrer Anhänge regelt Inhalt und Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung der gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit nach § 106 SGB V gemeinsam und einheitlich für den Bereich der Primär- und Ersatzkassen.

(2) Diese Prüfvereinbarung gilt für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise aller an der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie von ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen (§§ 117 bis 119 a SGB V) und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren. Sie gilt nach § 106 Abs. 6 SGB V auch für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen (im Folgenden Arzt genannt). Die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung maßgebliche Zuordnung zu den Vergleichsgruppen ergibt sich aus Anhang 4.

(3) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung von KV-übergreifender vertragsärztlicher Tätigkeit gilt ergänzend die Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 Nr. 2 SGB V über die „Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei einer den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung übergreifenden Berufsausübung“ in der jeweils aktuellen Fassung.

(4) In Anhang 4 sind die Besonderheiten der Prüfung geregelt, die durch die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit

- unter Mitwirkung von angestellten Ärzten (fachgleich/fachfremd),
- in einer Berufsausübungsgemeinschaft (z. B. ortsübergreifend/beschränkt auf einzelne Leistungen),
- an weiteren Orten außerhalb des Vertragsarztsitzes,
- im Rahmen eines hälftigen Versorgungsauftrages und
- in verschiedenen statusrechtlichen Teilnahmeformen

bedingt sind.

**§ 2
Beteiligte des Prüfverfahrens**

Verfahrensbeteiligte vor den Prüfungseinrichtungen sind der in die Prüfung einbezogene Arzt, die KVWL, die Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe und alle Krankenkassen, für deren Versicherte der zu prüfende Arzt Leistungen abgerechnet und verordnet hat.

**§ 3
Prüfungseinrichtungen**

Die Prüfung wird von einer gemeinsamen Prüfungsstelle und einem gemeinsamen Beschwerdeausschuss durchgeführt. Diese nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr.

§ 4 Prüfungsstelle

- (1) Die Prüfungsstelle hat ihren Sitz in Dortmund bei der KVWL. Über den Leiter der Prüfungsstelle einigen sich die KVWL und die Verbände der Krankenkassen. Auf Vorschlag des Leiters der Prüfungsstelle verständigen sie sich jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr über die persönliche, sachliche und finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle.
- (2) Die Prüfungsstelle bereitet die für die Prüfungen nach dieser Vereinbarung erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und entscheidet, ob der Arzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind.
- (3) Zu den Aufgaben der Prüfungsstelle gehört es außerdem
- die Prüfsakten zu führen, ein laufendes Verzeichnis über die eröffneten Prüfverfahren, den Verfahrensstand, Widersprüche, Klageverfahren und deren Ergebnisse zu erstellen,
- (4) Bei der Prüfungsstelle wird eine Beratende Kommission eingerichtet. Ihre Besetzung und Aufgabe sowie weitere Einzelheiten ihrer Tätigkeit sind in Anhang 2 geregelt.
- (5) Die Prüfungsstelle unterstützt den Beschwerdeausschuss organisatorisch bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte. Hierzu gehört
- im Auftrag des Vorsitzenden mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu den Sitzungen des Beschwerdeausschusses zu laden,
 - die für das Verfahren wesentlichen Informationen zusammenzustellen,
 - das Protokoll der Sitzungen zu führen,
 - die Entwürfe der Niederschriften und Entwürfe der Bescheide zu erstellen,
 - Stellungnahmen zu Verfahren, Niederschriften und Bescheiden sowie die Sitzungsprotokolle zu versenden.

§ 5 Beschwerdeausschuss

- (1) Der Beschwerdeausschuss entscheidet als Widerspruchsstelle. Er ist mit jeweils vier Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen oder ihrer Verbände sowie einem unparteiischen Vorsitzenden besetzt. Beschlussfähigkeit ist gegeben, wenn neben dem Vorsitzenden bzw. seinem Stellvertreter mindestens je zwei Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen anwesend sind. Dabei muss die Parität gewahrt sein. Beschlüsse werden mit Stimmenmehrheit gefasst. Stimmenthaltungen sind nicht zulässig. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden.
- (2) Um eine zeitnahe Bearbeitung der Prüfverfahren zu gewährleisten, wird eine zusätzliche Kammer für den Beschwerdeausschuss eingerichtet, die wie der Beschwerdeausschuss besetzt ist. Diese wird eingesetzt, wenn die zur Prüfung anstehenden Prüfverfahren nicht mehr von dem Beschwerdeausschuss bearbeitet werden können. Die Zuständigkeit der Kammer ergibt sich aus dem Geschäftsverteilungsplan. Den Vorsitz bei Entscheidungen durch die Kammer führt stets der unparteiische Vorsitzende oder sein Stellvertreter.

(3) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses und der zusätzlich eingerichteten Kammer vertreten einander. Die Vertretungsgrundsätze ergeben sich aus dem von dem Ausschuss aufzustellenden Geschäftsverteilungsplan.

(4) Die Amtsdauer beträgt 2 Jahre. Die entsendende Einrichtung kann ihre Vertreter abberufen.

§ 6

Rechte und Pflichten der Prüfungseinrichtungen

(1) Die Rechte und Pflichten der Prüfungseinrichtungen ergeben sich aus § 106 SGB V und der WiPrüfVO.

(2) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sind den sie entsendenden Organisationen fachlich nicht weisungsgebunden.

(3) Über das Verfahren, die Beratung und Abstimmung haben die Ausschussmitglieder auch nach Beendigung ihres Amtes Stillschweigen zu bewahren. Die Schweigepflicht gilt nicht gegenüber den entsendenden Einrichtungen.

(4) Für Ausschluss und Befangenheit gelten die §§ 16 und 17 SGB X. Bei der Beratung und Beschlussfassung hierüber wirkt das betreffende Mitglied nicht mit. Bei Anträgen gegen mehrere Ausschussmitglieder ist jeweils gesondert zu verhandeln und zu entscheiden.

§ 7

Verfahren vor den Prüfungseinrichtungen

(1) Das Verfahren vor den Prüfungseinrichtungen ist schriftlich.

(2) Der Beschwerdeausschuss kann die persönliche Anhörung des Arztes beschließen. Eine Vertretung in der persönlichen Anhörung ist nicht zulässig. Der Arzt kann einen Rechtsanwalt/Berater hinzuziehen.

(3) Der Arzt kann seine persönliche Anhörung vor dem Beschwerdeausschuss beantragen, um seinen schriftlichen Vortrag mündlich zu ergänzen. Die Redezeit soll höchstens 15 Minuten betragen. Sie kann vom unparteiischen Vorsitzenden zu Beginn der Sitzung verlängert werden, wenn Gründe hierfür vorgetragen oder erkennbar sind. Der Antrag auf persönliche Anhörung kann abgelehnt werden, wenn erkennbar ist, dass diese für die Entscheidung nicht erheblich ist, weil z. B. der Vortrag aus vorangegangenen Verfahren bekannt oder die schriftliche Stellungnahme ausreichend ist. Diese Entscheidung ist durch den unparteiischen Vorsitzenden vor der Sitzung herbeizuführen und dem Arzt mitzuteilen. Sie ist selbständig nicht anfechtbar und im Beschluss zu begründen.

(4) Die Sitzungen sind nicht öffentlich. Die Anwesenheit der Protokollführung und von den Prüfungseinrichtungen hinzugezogener Personen ist gestattet. Beratung und Abstimmung sind geheim.

(5) Stellen die Prüfungseinrichtungen sachliche oder rechnerische Fehler der Abrechnung (falsche Gebührennummer, fachfremde Leistungen, nicht vollständige Leistungserbringung) in erheblichem Umfang fest, geben sie die Abrechnung zur Prüfung an die KVWL zurück. Das Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren wird für die Zeit dieser Prüfung ausgesetzt. Geringfügige Korrekturen können die Prüfungseinrichtungen selbst vornehmen.

- (6) Die Prüfungseinrichtungen informieren die Vertragspartner, wenn der Arzt sein unwirtschaftliches Verhalten trotz der gegen ihn ergriffenen Maßnahmen nicht ändert.
- (7) Ergeben sich bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit Hinweise auf andere Pflichtverletzungen, informieren die Prüfungseinrichtungen die Vertragspartner.
- (8) Die Prüfungseinrichtungen sollen bei ihren Entscheidungen die Ergebnisse vorangegangener Verfahren berücksichtigen.

§ 8 Zuständigkeit der Prüfungseinrichtungen

- (1) Die Prüfungseinrichtungen prüfen ärztlich verordnete Leistungen bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens nach § 106 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Auffälligkeitsprüfung). Die Prüfung wird von den Prüfungseinrichtungen getrennt nach Arznei- und Heilmitteln durchgeführt. Die Festsetzung des den Krankenkassen aufgrund der Richtgrößenprüfung zu erstattenden Mehraufwandes muss innerhalb von 2 Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraums erfolgen.
- (2) Die Prüfungseinrichtungen prüfen ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen nach Stichproben nach § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V (Zufälligkeitsprüfung).
- (3) Die KVWL und die Krankenkassen vereinbaren darüber hinaus nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V als weitere Prüfungsart die Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen
- nach Durchschnittswerten (§ 9) oder
 - im Einzelfall (§ 10).
- (4) Die Prüfungseinrichtungen prüfen die Einhaltung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V.
- (5) Die Prüfungsstelle führt die nach § 106 Abs. 1 a SGB V erforderlichen Beratungen durch. Die Einzelheiten zur Durchführung der Beratung ergeben sich aus Anhang 3.
- (6) In den Zuständigkeitsbereich der Prüfungseinrichtungen gehört auch die Feststellung eines sonstigen Schadens nach § 48 Abs. 1 und 3 BMV-Ä bzw. § 44 Abs. 1, 3 und 4 EKV auf Antrag einer Krankenkasse, der dieser Krankenkasse entsteht wegen
- der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind,
 - oder
 - der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen.
- Der Antrag ist zu begründen. Dabei ist insbesondere das schuldhafte Verhalten des Arztes darzulegen. Die in § 10 Abs. 2 genannten Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln sind nicht Gegenstand eines Verfahrens auf Feststellung eines sonstigen Schadens.
- (7) Für die Einleitung von Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren wegen unwirtschaftlicher Ordnungsweise gilt eine Geringfügigkeitsgrenze von 125 € je Quartal. Anträge auf Einzelfallprüfung wegen Unzulässigkeit der Verordnung müssen bei Arzneimitteln 50 € je Quartal, bei Sprechstundenbedarf 100 € je Kalenderjahr überschreiten. Regressbeträge unter 50 € werden erlassen. Stattdessen wird der Arzt beraten.

(8) Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung des Honorars wird nur durchgeführt, wenn die zu erwartende Kürzung 125 € je Quartal überschreitet.

§ 9
Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach
Durchschnittswerten

(1) Die Prüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten findet grundsätzlich quartalsgleich für die im Anhang 6 festgelegten Bereiche, die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen (Arznei-, Verband- und Heilmittel) nach Durchschnittswerten findet grundsätzlich quartalsweise statt.

(2) Der Sprechstundenbedarf wird nach Durchschnittswerten für ein Kalenderjahr geprüft. Ist diese Prüfung ausnahmsweise für ein Kalenderjahr für alle Ärzte nicht möglich, kann stattdessen ein Zeitraum von 4 aufeinander folgenden Quartalen geprüft werden. Wenn ein Arzt in einem Kalenderjahr weniger als 4 Quartale im gleichen Status abgerechnet hat, können diese Quartale geprüft werden.

(3) Die Prüfungen werden nach den von der Rechtsprechung zu dieser Prüfmethode entwickelten Grundsätzen eingeleitet und durchgeführt. § 106 Abs. 2 c Satz 2 SGB V gilt entsprechend.

§ 10
Prüfung der Wirtschaftlichkeit im
Einzelfall

(1) Die Einzelfallprüfung ärztlicher Leistungen wird quartalsversetzt auf Antrag der KVWL, der Krankenkassen oder des Arztes für die Prüfung der eigenen Abrechnung durchgeführt. Der Antrag ist innerhalb von 12 Monaten nach dem Ende des zu prüfenden Quartals zu stellen. Er hat den Prüfbereich verbindlich festzulegen und ist zu begründen.

(2) Die Einzelfallprüfung ärztlich verordneter Leistungen kann innerhalb von 12 Monaten nach Ende des zu prüfenden Quartals unter Benennung der Wirtschaftlichkeitsreserven von der KVWL, den Krankenkassen und dem Arzt für die Prüfung der eigenen Verordnungsweise beantragt werden. Die hierfür erforderlichen Verordnungen/Images werden von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Gegenstand der Einzelfallprüfung ist insbesondere die Verordnungsfähigkeit.

(3) Die Prüfung einzelner Sprechstundenbedarfs-Verordnungen wegen Unzulässigkeit erfolgt kalenderjährlich. Die Krankenkassen können diese innerhalb von 12 Monaten nach Ablauf des Prüfungszeitraumes beantragen. Der Antrag ist zu begründen.

(4) Die Prüfungen werden nach den von der Rechtsprechung für diese Prüfmethode entwickelten Grundsätzen durchgeführt.

§ 11

Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößen

- 1) Die Richtgrößenprüfung wird getrennt nach Arznei- und Verbandmitteln sowie Heilmitteln durchgeführt. Insbesondere sollen Ärzte geprüft werden, deren verordnete Leistungen in bestimmten Anwendungsgebieten deutlich von der Fachgruppe abweichen oder die im Rahmen von Untersuchungen nach § 67 Abs. 6 Arzneimittelgesetz verordnet wurden. Die Prüfung wird grundsätzlich für den Zeitraum eines Kalenderjahres durchgeführt, wenn nicht durch eine quartalsweise Prüfung die Wirksamkeit der Prüfung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit erhöht und das Prüfverfahren vereinfacht wird.
- (2) Bei einem Statuswechsel innerhalb eines Kalenderjahres wird die Prüfung für den jeweiligen Zeitraum gemäß § 106 Abs. 2 Satz 5 SGB V durchgeführt.
- (3) Die KVWL übermittelt der Prüfungsstelle die Behandlungsfallzahlen und die Vergleichsgruppenzuordnung der einzelnen Vertragsärzte. Die Prüfungsstelle ermittelt nach Abschluss des Kalenderjahres für jeden Arzt das individuelle Richtgrößenvolumen und erstellt die Statistiken. Das Richtgrößenvolumen des Arztes ist das Ergebnis der Multiplikation der Richtgröße mit seiner Fallzahl.
- (4) Übersteigt das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr sein Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. (Prüfungsvolumen) findet eine Beratung nach § 106 Abs. 1a SGB V i. V. m. Anhang 3 statt, wenn die Prüfungsstelle aufgrund der vorliegenden Daten nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist.
- (5) Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 %, hat der Arzt den sich aus der Überschreitung ergebenden unwirtschaftlichen Mehraufwand (Regress) zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.
- (6) Die KVWL und die Verbände der Krankenkassen können Praxisbesonderheiten vereinbaren, die von der Prüfungsstelle bei der Prüfung der verordneten Arznei- und Heilmittel nach § 106 Abs. 5 a SGB V vor Einleitung eines Prüfverfahrens von den Verordnungskosten des Arztes abgezogen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, ob ein gleichwertiger Therapieerfolg mit preiswerteren Wirkstoffen/Heilmitteln erreichbar ist.

Die Prüfungsstelle ermittelt für jeden nach Absatz 4 oder 5 auffälligen Arzt das Verordnungsvolumen für die vereinbarten vorab anzuerkennenden Praxisbesonderheiten, das dem entsprechenden Wert der Fachgruppe gegenüber gestellt wird. Überschreitet dieses Verordnungsvolumen des zu prüfenden Arztes den durchschnittlichen Wert seiner Fachgruppe, wird der Differenzbetrag als Praxisbesonderheit berücksichtigt, soweit keine Unwirtschaftlichkeiten festgestellt werden. Die Summe der anzuerkennenden Praxisbesonderheiten kann nicht größer sein, als die tatsächlichen Mehrkosten für die Gesamtheit dieser Anwendungsbereiche.
- (7) Der Arzt ist über die Einleitung einer Richtgrößenprüfung unter Angabe der zugrunde liegenden Werte zu informieren. Darüber hinaus erhält er statistisch aufbereitete Übersichten über die in der Vorabprüfung anerkannten Praxisbesonderheiten. Dem Arzt ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Er kann die Berücksichtigung weiterer Praxisbesonderheiten beantragen. Für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten muss der Arzt eine von der Fachgruppentypik abweichende Patientenklientel und die durch deren Behandlung verursachten Mehrkosten nachweisen.

(8) Das Arzneimittelverordnungsvolumen bei chronischen Erkrankungen, für die DMP zur Verfügung stehen, werden im Vergleich zur Fachgruppe gesondert aufbereitet (Einzelheiten ergeben sich aus Anhang 5 A. II). Darüber hinaus übermittelt die KVWL der Prüfungsstelle für die Prüfung der verordneten Arzneimittel zur vereinfachten Ermittlung chronisch kranker Patienten ein Kennzeichen für Teilnehmer an Disease Management Programmen (DMP). Die Prüfungsgremien prüfen auf dieser Grundlage, ob weitere Praxisbesonderheiten vorliegen.

(9) Für die Prüfung der verordneten Arznei- und Heilmittel sind Praxisbesonderheiten im Anhang 5 A. I. und 5 B. I. vereinbart. Sie sind von den Prüfungseinrichtungen zu berücksichtigen.

(10) Die Prüfungsstelle soll vor der Festsetzung eines Erstattungsbetrages auf eine Vereinbarung mit dem Arzt hinwirken. Im Rahmen dieser Vereinbarung kann der Erstattungsbetrag bis zu 1/5 gemindert werden. Der Vorschlag der Prüfungsstelle wird dem Arzt und den Krankenkassen zur Stellungnahme innerhalb von 4 Wochen übermittelt. Stimmen beide diesem Vorschlag zu, gilt die Vereinbarung als geschlossen. Die Zahlungsmodalitäten sind in der Vereinbarung festzulegen. Rechtsmittel gegen die Vereinbarung des Erstattungsbetrages stehen den Beteiligten nicht zu.

(11) Zuzahlungen der Versicherten sowie Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V aufgrund von Verträgen, denen der Arzt nicht beigetreten ist, sind als pauschalisierte Beträge abzuziehen.

(12) Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130 a Abs. 8 SGB V beigetreten ist, sind nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V. Das arztindividuelle Richtgrößenvolumen ist um die Verordnungskosten für diese Arzneimittel zu mindern.

§ 12 Prüfung der Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)

(1) Für die Zufälligkeitsprüfung gelten die Grundsätze der Richtlinien der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen (RL) gemäß § 106 Abs. 2 b SGB V.

(2) Die Stichprobe umfasst 2 % der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten und ärztlich geleiteten Einrichtungen nach § 1 Abs. 2 RL nach Größe der Fachgruppe gewichtet, sofern die Vertragspartner nichts Abweichendes nach § 2 RL festlegen. Die Zufälligkeitsprüfung wird für ein Kalenderjahr durchgeführt. Die Stichprobe wird für jedes der vier Quartale des Kalenderjahres in den ersten 8 Wochen des darauf folgenden Jahres nacheinander gezogen. Für die Ziehung der Stichprobe gilt das Zufallsprinzip.

(3) Danach legt die Prüfungsstelle für die in der Stichprobe ausgewählten Ärzte/Psychotherapeuten und ärztliche geleiteten Einrichtungen die Prüfungsgegenstände und Prüfkriterien fest. Auf der Basis dieser Festlegung werden die für die Prüfung der ausgewählten Ärzte notwendigen Daten und Unterlagen zusammengestellt.

Ergeben sich Anhaltspunkte für eine Abrechnungsprüfung nach § 106 a SGB V, informiert die Prüfungsstelle die KVWL und/oder die Verbände der Krankenkassen. Diese prüfen die Bedenken der Prüfungsstelle und leiten neben der Prüfung nach § 106 SGB V ggf. ein Prüfverfahren nach § 106 a SGB V ein.

(4) Die Prüfung beginnt, sobald alle für die Prüfung notwendigen Unterlagen vorliegen. Die Prüfungsstelle entscheidet auf der Grundlage der ausgewählten Beurteilungskriterien, für welche Ärzte eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne der Stichprobenprüfung durchzuführen ist. Sie informiert die Ärzte/Psychotherapeuten über die Einleitung eines Prüfverfahrens.

(5) In die Prüfung werden grundsätzlich keine Ärzte einbezogen,

a) die innerhalb der letzten 8 Quartale in die Stichprobe einbezogen waren,

b) die erst weniger als 3 Quartalsabrechnungen vorgelegt haben,

c) die in dem zur Prüfung anstehenden Zeitraum weniger als durchschnittlich 100 Behandlungsfälle abgerechnet haben pro Quartal.

Prüfinhalte der Auffälligkeitsprüfung werden für einzelne Ärzte nicht zusätzlich im Rahmen der Zufälligkeitsprüfung geprüft.

§ 13

Unterlagen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Den Prüfungseinrichtungen werden die für die Durchführung ihrer Aufgaben erforderlichen Honorar- und Verordnungsstatistiken zur Verfügung gestellt.

(2) Für eine Prüfung der Verordnungsweise der Arznei-, Verband- und Heilmittel, insbesondere nach Durchschnittswerten, sollen die Hälfte der Rezepte, mindestens jedoch insgesamt 30 %, im Original oder einer dem Original vergleichbaren Form vorliegen.

§ 14

Widerspruchsverfahren

(1) Gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle können die Beteiligten, soweit sie beschwert sind, innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Prüfbescheides schriftlich oder zur Niederschrift bei der Prüfungsstelle Widerspruch einlegen. Der Widerspruch soll begründet werden.

(2) Der Beschwerdeausschuss fordert zur Vorbereitung seiner Entscheidung die Beteiligten zur Stellungnahme auf. Der Sachverhalt wird in der Sitzung mündlich vorgetragen.

(3) Ein Vorverfahren findet nicht statt in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind.

(4) Im sozialgerichtlichen Verfahren kann sich der Beschwerdeausschuss durch den amtierenden Vorsitzenden vertreten lassen oder Dritten Vollmacht erteilen.

(5) Regresse werden nach Abschluss des Widerspruchsverfahrens realisiert.

§ 15
Niederschriften und Bescheide

(1) Über die Sitzung des Beschwerdeausschusses fertigt die Prüfungsstelle eine Niederschrift an. Sie hat die Namen der Teilnehmer, die in der Sitzung gestellten Anträge und den mündlich verkündeten Beschluss wiederzugeben. Die Niederschrift ist vom unparteiischen Vorsitzenden zu unterzeichnen und den Landesverbänden der Krankenkassen und der KVWL zu übersenden.

(2) Der Bescheid der Prüfungseinrichtungen hat zu enthalten:

- a) die Bezeichnung der Prüfungseinrichtung,
- b) die an der Beschlussfassung beteiligten Mitglieder,
- c) den Tag der Beschlussfassung,
- d) die beschlossenen Maßnahmen und
- e) die dem Beschluss zu Grunde liegenden Statistiken.

Der Bescheid ist mit Gründen und einer Belehrung über den zulässigen Rechtsbehelf zu versehen und vom Leiter der Prüfungsstelle bzw. dem unparteiischen Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses zu unterzeichnen.

(3) Der Bescheid wird den Beteiligten bekannt gegeben. Die Bekanntgabe gegenüber den Verbänden der Krankenkassen wirkt auch gegenüber den einzelnen beteiligten Krankenkassen.

(4) Die Niederschriften und die Bescheide sind nach Bestandskraft sechs Jahre aufzubewahren.

§ 16
Prüfakte

(1) Die Prüfungsstelle führt für jeden geprüften Arzt eine Prüfakte.

(2) Die Prüfakte enthält die zu jedem Prüfverfahren vorliegenden Unterlagen und Schriftsätze, die Bescheide der Prüfungseinrichtungen sowie etwaige erhebliche Unterlagen aus Sozialgerichtsverfahren. Für die Stichprobenprüfung ermittelte Daten bzw. Unterlagen sind ebenfalls in die Prüfakte aufzunehmen. Die Beteiligten können die Prüfakte einsehen.

(3) Die Prüfakte ist zu den Sitzungen der Beratungskommission und des Beschwerdeausschusses hinzuzuziehen.

§ 17
Sozialgeheimnis und Geheimhaltungspflicht

Die Mitglieder der Prüfungseinrichtungen und der Beratungskommission sowie hinzugezogene Dritte (s. § 7 Abs. 4) sind verpflichtet, die Daten- und Geheimnisschutzbestimmungen zu beachten. Dies gilt auch für den Zeitraum nach dem Ausscheiden als Ausschussmitglied.

**§ 18
Kündigung**

- (1) Die Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Kündigt nur ein Vertragspartner, ist die Vereinbarung auch im Verhältnis der übrigen Vertragspartner zueinander beendet.
- (2) Im Fall der Kündigung nach Absatz 1 gilt diese Vereinbarung bis zum Inkrafttreten einer Folgevereinbarung weiter.
- (3) Auf Antrag eines Vertragspartners kann auch ohne formelle Kündigung eine Anpassung einzelner Vertragsbestimmungen an die Erfordernisse der Praxis vereinbart werden.
- (4) Den Vertragspartnern steht ein Sonderkündigungsrecht für den Anhang 5 (Praxisbesonderheiten) zu. Auch insoweit gelten die Regelungen in Abs. 2 und 3.

**§ 19
Salvatorische Klausel**

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Partei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen Fällen werden die Parteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

**§ 20
In-Kraft-Treten**

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2008 in Kraft. Sie gilt für alle von diesem Zeitpunkt an durchzuführenden Prüfungen, soweit nichts anderes bestimmt ist.

Protokollnotizen

Zu § 9 Abs. 1:

Für die Durchschnittswertprüfung ärztlicher Leistungen bis einschließlich Quartal 4/2007 gelten die Festlegungen in Anhang 4 der Prüfvereinbarung in der Fassung bis zum 31.12.2007.

Zu § 9 und § 11:

Die Vertragspartner stimmen überein, dass die Prüfungsstelle im Rahmen der Einleitung von Prüfverfahren Anregungen der Vertragspartner berücksichtigt.

Zu § 11 Abs. 5 und 9 sowie Anhang 5:

1. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Heilmitteln aus dem Zeitraum bis einschließlich des Quartals 4/07 gelten die von den Vertragspartnern in der Übergangsvereinbarung zu den Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich getroffenen Regelungen.

2. Die Vertragspartner empfehlen den Prüfungsgremien, die Wirtschaftlichkeitsprüfung für das Jahr 2008 auf Beratungen zu beschränken, sofern die Überschreitung des Richtgrößenvolumens im Wesentlichen durch die Bereiche „Ergotherapie und/oder Logopädie“ bedingt sind.

Zu § 12:

Zur Einführung der Zufälligkeitprüfung in Westfalen-Lippe ist eine Erprobungsphase von mindestens 3 Jahren vereinbart, in der die Zufälligkeitprüfung jeweils für ein Kalenderjahr durchgeführt wird. Diese Regelung wird nicht zum Nachteil des betroffenen Arztes umgesetzt.

Zu § 12 Abs. 2:

Die Vertragsparteien verständigen sich rechtzeitig, spätestens im Dezember des zu prüfenden Kalenderjahres, wenn abweichende Vorgaben zur Ziehung der Stichprobe nach § 2 RL festgelegt werden sollen.

Anhang 1

zur Gemeinsamen Prüfvereinbarung:

Daten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung

I. Die KVWL liefert der Prüfungsstelle die Daten

- für die Auffälligkeitsprüfung (§ 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V) nach § 296 SGB V,
- für die Zufälligkeitsprüfung (§ 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V) nach § 297 SGB V,
- für die zusätzlich vereinbarte Prüfung nach Durchschnittswerten (§ 106 Abs. 2 S. 4 SGB V).

II. Die Krankenkassen liefern die Daten für die Prüfung

- der Arzneiverordnungskosten nach § 106 Abs. 2 S. 1 SGB V
für das 1. Quartal bis zum 15.12. des laufenden Jahres
für das 2. Quartal bis zum 15.03. des Folgejahres
für das 3. Quartal bis zum 15.06. des Folgejahres
für das 4. Quartal bis zum 15.09. des Folgejahres
sowie die Jahreswerte bis zum 31.12. des Folgejahres.
- der Heilmittelkosten
für das 1. Quartal bis zum 15.12. des laufenden Jahres
für das 2. Quartal bis zum 15.03. des Folgejahres
für das 3. Quartal bis zum 15.06. des Folgejahres
für das 4. Quartal bis zum 15.09. des Folgejahres
sowie die Jahreswerte bis zum 31.12. des Folgejahres.
- Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten
Jahreswerte werden bis zum 30.09. des Folgejahres geliefert.

Die AOK Westfalen-Lippe liefert für die Prüfung des Sprechstundenbedarfs die Verordnungskosten je Arzt innerhalb von 18 Monaten nach Ablauf des Prüfzeitraums.

Anhang 2
zur Gemeinsamen Prüfvereinbarung:

Beratungskommission

1. Aufgabe der Beratenden Kommission ist es, die Prüfungsstelle fachlich zu unterstützen. Dafür erhält die Kommission die notwendigen Daten der auffälligen Ärzte von der Prüfungsstelle.
2. Der Beratenden Kommission gehören 8 Mitglieder an, die je zur Hälfte von der KVWL und den Krankenkassen benannt werden. Die Mitglieder wählen aus ihren Reihen jeweils für die Dauer eines Kalenderjahres einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden. Der Vorsitzende leitet die Sitzungen der Beratungskommission. Die Mitglieder werden jeweils für die Dauer der Amtsperiode des Beschwerdeausschusses benannt. Sie können aus wichtigem Grund vorzeitig von den entsendenden Einrichtungen abberufen werden. Vertreter der Prüfungsstelle nehmen an den Sitzungen teil; diese fertigen ein Protokoll über die Sitzung.
3. Die Beratende Kommission gibt gegenüber der Prüfungsstelle Empfehlungen ab. Die Mitglieder sind bei ihren Empfehlungen weisungsunabhängig von den sie entsendenden Einrichtungen. Um eine Empfehlung abgeben zu können, muss die Kommission paritätisch mit mindestens 2 Mitgliedern der sie entsendenden Einrichtungen besetzt sein. Die Empfehlungen sollen einvernehmlich ausgesprochen werden.
4. Die entsendenden Einrichtungen tragen die Kosten für ihre Mitglieder jeweils selbst.

Anhang 3
zur Gemeinsamen Prüfvereinbarung:

Durchführung der Beratungen
nach § 106 Abs. 1 a SGB V

1. Die Prüfungsstelle berät die zu prüfenden Ärzte nach § 106 Abs. 1a SGB V auf der Grundlage der ihr für die Prüfung zur Verfügung stehenden Unterlagen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung. Die Beratung erfolgt im Regelfall schriftlich.
2. Stellt die Prüfungsstelle einen weitergehenden, individuellen Beratungsbedarf bei ihren Prüfungen fest, kann sie die KVWL oder die Krankenkassen durch die dort vorgehaltenen Fachabteilungen mit einer umfassenden Analyse der Praxis- und Verordnungsstruktur und einer darauf aufbauenden persönlichen, mündlichen Beratung des zu prüfenden Arztes beauftragen.
3. Bei Beratungen nach Abs. 2 erhält die Prüfungsstelle einen kurzen Bericht über das Ergebnis der Beratung sowie ggf. eine Übersicht über die der Beratung zugrunde gelegten Daten.

**Anhang 4
zur Gemeinsamen Prüfvereinbarung:**

**Zuordnung zu Vergleichsgruppen und
Besonderheiten der Prüfung
für neue Berufsausübungsformen
nach dem VÄndG**

- (1) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung werden die Praxen den Arztgruppen als Vergleichsgruppe zugeordnet, für die sie von der KVWL bei der Honorarverteilung zugeordnet werden.**
- (2) Das Richtgrößenvolumen einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) ergibt sich aus der Addition der für jede der in der Berufsausübungsgemeinschaft oder dem MVZ vertretenen Fachgruppe wie folgt :**
- (3) Das Richtgrößenvolumen der jeweiligen Fachgruppe wird durch Multiplikation der Richtgröße dieser Fachgruppe mit der Fallzahl ermittelt, die sich aus der Übertragung des prozentualen Anteils der Arztfälle dieser Fachgruppe an der Gesamtzahl der Arztfälle der fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft oder des MVZ auf die Behandlungsfälle* ergibt. Für Praxen mit angestellten Ärzten, die auf die Bedarfsplanung angerechnet werden, wird das Richtgrößenvolumen nach den gleichen Grundsätzen ermittelt.**
- (4) Im Jobsharing angestellte Ärzte oder Jobsharing-Partner sowie Weiterbildungs-, Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten werden, auch wenn sie einer anderen Fachgruppe angehören, nicht bei der Ermittlung des Richtgrößenvolumens berücksichtigt, weil sie keine eigenen Arztfälle auslösen.**
- (5) Sind in einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft oder einem MVZ Fachgruppen ohne Richtgrößen vertreten, gehen diese nicht mit in die Berechnung des Richtgrößenvolumens ein. Sie werden nach Durchschnittswerten geprüft. Die Prüfung findet unabhängig von den unterschiedlichen Prüfmethode n möglichst zeitgleich statt. § 106 Abs. 2 Satz 5 SGB V gilt entsprechend.**
- (6) Sollte sich im Prüfverfahren herausstellen, dass die Ermittlung des Richtgrößenvolumens nicht der tatsächlichen Praxisstruktur entspricht, werden die Prüfungseinrichtungen erforderliche Anpassungen vornehmen.**

* Behandlungsfälle nach der Definition der jeweils gültigen Richtgrößenvereinbarung.

**Anhang 5
zur Gemeinsamen Prüfvereinbarung:**

Grundsätze des Verfahrens der Anerkennung von Praxisbesonderheiten

A. „Arzneimittel“

B. „Heilmittel“

A. Arzneimittel

I. Praxisbesonderheiten (allgemein)

Aus den nachfolgend genannten Indikationsbereichen/Wirkstoffen werden Mehrkosten zur Vergleichsgruppe nach den in § 11 Abs. 6 festgelegten Grundsätzen berücksichtigt (vgl. insbesondere das in § 11 Abs. 6 S. 2 konkretisierte Wirtschaftlichkeitsgebot). Diesen Indikationsbereichen/Wirkstoffen sind die ATC-Codes der Fertigarzneimittel zugeordnet, die über eine entsprechende Zulassung für diese Bereiche verfügen. Nur Arzneimittel, die den genannten ATC-Codes zugeordnet werden können, werden standardisiert i. S. v. Satz 1 als Praxisbesonderheit berücksichtigt.

Der Arzt kann weitere Praxisbesonderheiten vortragen.

	Indikationsbereich	ATC-CODE nach WIDO	Wirkstoffe bzw. -gruppen
1.	Therapie des Morbus Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase	A16AB02/07	Imiglucerase, Alglucerase
2.	Agalsidase alfa und beta zur Behandlung des Morbus Fabry	A16AB03/04	Agalsidase alfa/beta
3.	Hormonelle Behandlung und in-vitro-Fertilisation bei Sterilität	G03G	Gonadotropine und andere Ovulationsauslöser
4.	Therapie mit Glatirameracetat und Interferon-Therapie bei MS	L03AB07/08, L03AX13	Interferon-beta-1a/b, Glatirameracetat
5.	Interferon-Therapie bei Hepatitis B und C	J05AB04, L03AB04/05/09/10/11	Ribavirin, Interferon-alfa-2a/b, Interferon alfacon-1, Peginterferon alfa-2b/a
6.	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	R05CB13	Dornase alfa (Desoxyribonuclease)
7.	Arzneimitteltherapie der terminalen Niereninsuffizienz	B03XA	Andere Antianämika
8.	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger	N07BC	Mittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit Methadon-Zubereitungen (PZN 9999086)
9.	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs	H01AC01	Somatropin
10.	Tumorthherapie mit Fertigarzneimitteln	H01CB02 L01A außer L01BA01 L01B L01CA/B/D L01D L01X außer L01XX33 (Celecoxib) L02AE, L02B L03AB02, L03AC V03AF	Octreotid Alkylierende Mittel Antimetabolite Pflanzliche Alkaloide und andere natürliche Mittel Zytotoxische Antibiotika und verwandte Substanzen Andere antineoplastische Mittel Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga, Hormonantagonisten und verwandte Mittel Interferon-beta, natürlich, Interleukine Entgiftungsmittel für die Behandlung mit Zytostatika
11.	Tumorthherapie mit Rezepturzubereitungen, soweit nicht als Fertigarzneimittel günstiger erhältlich		PZN 9999092
12.	Antivirale Therapie (z. B. HIV) zur	J05AB06/12/14	Ganciclovir, Cidofovir, Valganciclovir

	systemischen Anwendung	J05AE/F/G/R J05AX07	Proteasehemmer, Nukleosidale und nukleotidale Inhibitoren der Rev. Transkriptase, Nicht-nukleosidale Inhibitoren der Reverse-Transkriptase, Antivirale Mittel zur Behandlung von HIV Infektionen, Kombinationen Enfuvirtid
13.	Insuline bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus	A10A	Insuline
14.	Teststreifen gemäß dem Orientierungsrahmen für Westfalen-Lippe		Tabelle muss erstellt werden
15.	Therapie mit Tumor-Nekrose-Faktor- α -Inhibitoren	L04AB01/02/04 *	Etanercept, Infliximab, Adalimumab
16.	Verteporfin zur Photodynamischen Therapie	S01LA01	Verteporfin
17.	Palivizumab	J06BB16	Palivizumab
18.	Medikamentöse Behandlung des Parkinson-Syndroms	N04 °	Antiparkinsonmittel
19.	Antiepileptika (ohne die Wirkstoffe Gabapentin und Pregabalin)	N03	Antiepileptika
20.	Opioide	N02AA/B, N02AE01	Natürliche Opium-Alkaloide, Phenylpiperidin-Derivate, Buprenorphin
21.	Enzymtherapie bei weiteren seltenen Krankheiten, z. B. mit den Wirkstoffen Laronidase, Sacrosidase, Alglucosidase alfa, Galsulfase	A16AB05/06/07/ 08/09	Laronidase, Sacrosidase, Alglucosidase alfa, Galsulfase, Idursulfase
22.	Immunsuppressive Therapie (ohne TNF- α -Inhibitoren) z. B. nach Transplantationen	L04AD01 L04AA, L04AD02, L04AC01/03 außer den TNF- α -Inhibitoren L04AA18/21/23/24	Ciclosporin Selektive Immunsuppressiva, Tecrolimus, Daclizumab, Anakinra
* Relation zu Basistherapeutika gemäß Therapiehinweis beachten ° Präparate zur Therapie des Restless-legs Syndrom (z. B. Restex [®]) werden als nicht als Praxisbesonderheit berücksichtigt			
II. DMP-assoziierte Verordnungen (soweit nicht bereits unter Punkt I enthalten)			
Die Verordnungskosten der nachfolgenden Wirkstoffgruppen mit den genannten ATC-Codes werden in den Verordnungsstatistiken ausgewiesen und nach § 11 Abs. 8 berücksichtigt:			
	DMP-Medikation	ATC-Code nach WIDO	
1.	ACE-Hemmer und Sartane	C09A-D	
2.	Betablocker	C07	
3.	Diuretika	C03	
4.	Calciumantagonisten	C08	
5.	Lipidsenker	C10	
6.	Antiasthmatika	R03	
7.	Orale Antidiabetika	A10B	
III. Empfehlungen			
Die Vertragspartner empfehlen den Prüfungseinrichtungen, die Mehrkosten für nachfolgende Bereiche insbesondere auch auf Anerkennung als Praxisbesonderheit zu prüfen:			
1.	Antipsychotika		
2.	Antidepressiva		
3.	Arzneimittel zur Behandlung der feuchten, altersbedingten Makuladegeneration (AMD)		
4.	Heparine		
5.	Therapie des ADHS		
6.	Hyposensibilisierung		
7.	5 HT3-Antagonisten		
8.	Bisphosphonate zur Tumorthherapie		
9.	pulmonale Hypertonie		

B. Heilmittel

I. Praxisbesonderheiten

Für die nachfolgenden Diagnosegruppen und Leitsymptomatiken werden Mehrkosten zur Vergleichsgruppe nach den in § 11 Abs. 6 i. V. m. Abs. 9 festgelegten Grundsätzen berücksichtigt:

Indikationsschlüsse I nach Heilmittelkatalog	Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung, Funktionsstörung
EX3d	Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens mit prognostisch längerem Behandlungsbedarf, insbesondere Einschränkungen von relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, multistrukturale funktionelle Schädigungen	D1 komplexe Schädigungen/ Funktionsstörungen - bei zwei führenden Schädigungen/ Funktionsstörungen a) bis b) neben c)
LY2	Lymphabflussstörungen mit prognostisch länger andauerndem Behandlungsbedarf	Chronisches schmerzloses oder schmerzhaftes länger bestehendes bzw. dauerhaftes manifestes Lymphödem mit Sekundärschäden an Haut und Unterhautgewebe (auch mit Bewegungseinschränkungen, Stauungsdermatosen)
LY3	Chronische Lymphabflussstörungen bei bösartigen Erkrankungen	Chronisches schmerzloses oder schmerzhaftes länger bestehendes bzw. dauerhaftes manifestes Lymphödem mit Sekundärschäden an Haut und Unterhautgewebe (auch mit Bewegungseinschränkungen, Stauungsdermatosen)
ZN1(a-c)	ZNS-Erkrankungen einschl. des Rückenmarks, längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs	a) Bewegungsstörungen von Extremitäten, Rumpf- und Kopfmuskulatur z.B. mit Hemi-, Tetra-, Paraplegie/-parese b) Funktionsstörungen durch Muskeltonusstörungen, z.B. Spastik, auch mit Folgeerscheinungen wie Kontrakturen, zentral bedingte Muskel-Hypotonie c) Zentrale Koordinationsstörungen und Störungen der Grob- und Feinmotorik wie z.B. Dystonie, choreatisch-athetotische Störungen, ataktische Störungen
ZN2(a-c)	ZNS-Erkrankungen einschl. des Rückenmarks nach Vollendung des 18. Lebensjahrs	a) Bewegungsstörungen von Extremitäten, Rumpf- und Kopfmuskulatur z.B. mit Hemi-, Tetra-, Paraplegie/-parese b) Funktionsstörungen durch Muskeltonusstörungen, z.B. Spastik, auch mit Folgeerscheinungen wie Kontrakturen, zentral bedingte Muskel-Hypotonie c) Zentrale Koordinationsstörungen und Störungen der Grob- und Feinmotorik wie z.B. Dystonie, choreatisch-athetotische Störungen, ataktische Störungen
AT3(a-c)	Störungen der Atmung bei Mukoviszidose	a) Atemnot, auch anfallsweise auftretend b) Auswurf c) Husten

<p>II. Empfehlungen</p> <p>Die Vertragspartner empfehlen den Prüfungseinrichtungen, die Mehrkosten für nachfolgende Bereiche insbesondere auch auf Anerkennung als Praxisbesonderheit zu prüfen:</p>		
Indikations schlüssel nach Heilmittelk atalog	Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung, Funktionsstörung
WS2 (e + f)	Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf insbesondere Einschränkungen von relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, multistrukturale oder funktionelle Schädigung	e) Motorische Parese von Extremitätenmuskeln/ sensomotorische Defizite f) Schmerzen / Funktionsstörungen durch Muskelspannungsstörungen; Verkürzung elastischer und kontraktiler Strukturen, Gewebequellungen, -verhärtungen, -verklebungen
EX4	Miss- und Fehlbildungen, Strukturschäden der Stütz- und Bewegungsorgane im Säuglings-, Kleinkind- und Kindesalter	Funktionsstörungen durch Muskelverkürzungen, Sehnenverkürzungen, Kontrakturen, Muskelinsuffizienz, -dysbalance, -verkürzung, segmentale Bewegungsstörungen
DF	Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und/oder Angiopathie im Stadium Wagner 0	a) Schmerzlose und schmerzhaft Hyperkeratose b) Pathologisches Nagelwachstum, Verdickung, Tendenz zum Einwachsen c) Gleichzeitige Schädigung a) und b)
<p>s. Protokollnotiz zu § 11 Abs. 5 und 9</p>		

Anhang 6
zur Gemeinsamen Prüfvereinbarung:
Ergänzung zur Durchschnittswertprüfung

A. Die Vertragspartner haben sich auf die Prüfung der unter B genannten Leistungen verständigt, sofern jeweils nachfolgende Kriterien erfüllt sind.

- Fachgruppentypische Leistungen mit Anwenderfrequenzen von mindestens 20 % und einer statistisch aussagekräftigen Anwendungshäufigkeit.
- Bedeutsame Unwirtschaftlichkeit innerhalb der Fachgruppe mit entsprechenden Kürzungssummen und einer entsprechend großen Zahl auffälliger Ärzte innerhalb der Fachgruppe.

B. Die nachfolgende Liste enthält die zwischen den Vertragspartnern vereinbarten prüfbaren Leistungen. Diese Liste ist nicht abschließend. Weitere Leistungen können auf Empfehlung der Beratungskommission geprüft werden.

Gebührenordnungs- position EBM	Leistungsinhalt
Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen	
Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Arztes durch den Patienten	
01100, 01101	Unzeitgebühren
Allgemeine diagnostische und therapeutische Leistungen	
02340 (nur FG Chirurgie, Orthopädie), 02341	Punktionen
Diagnostische Verfahren, Tests	
02400, 02401	Testverfahren
Physikalisch-therapeutische Leistungen	
02500 bis 02512	phys.-med. Leistungen
Arztgruppenspezifische Leistungen Hausärztlicher Versorgungsbereich	
Allgemeinärzte, Prakt. Ärzte, Internisten, hausärztlich	
03241	Auswertung Langzeit-EKG
03242	Testverfahren bei Demenzverdacht
03321	Belastungs-EKG
03322	Aufzeichnung Langzeit-EKG
03324	Langzeit-Blutdruckmessung
03330	Spirographische Untersuchung
03331, 03332	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex/Zuschlag
Kinder- und Jugendmediziner	
04241	Auswertung Langzeit-EKG
04242, 04243	Funktionelle Entwicklungstherapie
04321	Belastungs-EKG
04322	Aufzeichnung Langzeit-EKG
04324	Langzeit-Blutdruckmessung

04330	Spirographische Untersuchung
04331, 04332	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex/Zuschlag
Arztgruppenspezifische Leistungen Fachärztlicher Versorgungsbereich	
Augenärzte	
06312	elektrophysiologische Unters.
06320, 06321	binokulare Untersuchung
06330	Perimetrie
06333	binokulare Untersuchung Augenhintergrund
Frauenärzte	
08311	Urethrozystoskopie
08331	Depot-Kontrazeptivum, wg. Erkrankung
08332	Vaginoskopie wegen Krankheit
08333, 08334	Zusatzpauschale Prokto-/Rek- toskopie / Zuschlag
08340	Zellmaterial
HNO-Ärzte	
09310	Tamponade hintere Nasenabschnitte und/oder Nasenrachenraum
09311, 09312, 09313	Laryngoskopie
09314	Stroboskopie
09318	Videostroboskopie
09320, 09321	audiometrische Untersuchung
09323	Reflexbestimmung
09324	Otoakustik
09325	Labyrinthprüfung
09326	retro-choleäre Erkrankung
09327	Hörschwellenbestimmung
09330, 09331	Untersuchungen Stimme, Sprache
09332, 09333	Aphasie, Stimmfeldmessung
09351	Paukenhöhlendrainage
Hautärzte	
10310	Bestimmung Erythemschwelle
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	
14220	Beratung, Erörterung, Abklärung
14222	Anleitung Bezugsperson
14320, 14321	EEG, Langzeit-EEG
14330, 14331	Reflexprüfung, evozierte Potentiale
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	
15310 bis 15324	FG-spezifische Leistungen
Neurologen, Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie; Neurochirurgen	
16310, 16311	EEG, Langzeit-EEG
16320, 16321	Reflexprüfung, evozierte Potentiale
16322	neuromuskuläre Erkrankung
16340	Testverfahren
16371	Testverfahren
Psychiater, Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	
21216	Fremdanamnese
21217	supportive psychiatrische Behandlung
21220	Beratung, Erörterung, Abklärung
21222	Beratung, Erörterung, Abklärung
21310, 21311	EEG, Langzeit-EEG
21320, 21321	Reflexprüfung, evozierte Potentiale
21340	Testverfahren

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
22220	Beratung, Erörterung, Abklärung
22221	Einzelbehandlung
22230	Basisdiagnostik
Ärztliche, Psychologische Psychotherapeuten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
23220	Beratung, Erörterung, Abklärung
Urologen	
26310, 26311	Urethrozystoskopie
26312, 26313	Druckprofilmessung, Harninkontinenz
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	
27310 bis 27331	FG-spezifische Einzelleistungen
Arztgruppenübergreifende bei spezifische Voraussetzungen berechnungsfähige Leistungen	
Allergologie	
30120 bis 30123	Provokationstestungen
Chirotherapie	
30200, 30201	Chirotherapie
Neurophysiologische Übungsbehandlungen	
30300	sensomotorische Übungsbehandlungen
Physikalische Therapie	
30400-30402, 30410, 30420,30430, 30431	Physikalische Therapie
Ultraschalldiagnostik	
33000 bis 33002	Ultraschall Augen bei Augenärzten
33010	Ultraschall Nasennebenhöhlen bei HNO-Ärzten
33012	Ultraschall Schilddrüse bei FA-Internisten ohne Schwerpunkt und Hausärzten
33020 bis 33031	Echokardiographie bei Kardiologen, FA-Internisten ohne Schwerpunkt
33040	Ultraschall Thorax bei Pneumologen, Kardiologen, FA-Internisten ohne Schwerpunkt, Hausärzten, Kinder- und Jugendmed.
33041	Ultraschall Brustdrüse bei Gynäkologen
33042	Ultraschall Abdomen, Reperitoneum bei Gastroenterologen, Nephrologen, FA-Internisten ohne Schwerpunkt, Urologen, Hausärzten, Kinder- und Jugendmed.
33043	Ultraschall Urogenital bei Gynäkologen, Urologen, Hausärzten, Kinder- und Jugendmed.
33044	Ultraschall weibliche Genitalorgane bei Gynäkologen
33050	Ultraschall Gelenke bei Chirurgen, Orthopäden
33060, 33061	Ultraschall hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler) bei Kardiologen, Neurologen, Nervenärzten
33063	Ultraschall intrakranielle Gefäße (PW- Doppler) bei Kardiologen, Neurologen, Nervenärzten

33070 bis 33072	Ultraschall extra- und intrakranielle hirnersorgende und extremitätenversorgende Gefäße (Duplex) bei Kardiologen und FA-Internisten; GOP 33071 bei Neurologen
33076	Ultraschall Venen einer Extremität (B-Mode) bei Chirurgen, FA-Internisten ohne Schwerpunkt (Phlebologie)
33080	Ultraschall Haut und Subkutis (B-Mode) bei Hautärzten
33081	Ultraschall andere Organe oder Organteile bei Gynäkologen, Urologen
33090	Zuschlag transkavitär bei Gynäkologen, Urologen
Radiologie	
34210	Röntgen Schädel bei Chirurgen, Orthopäden
34220 bis 34222	Röntgen Thorax und Wirbelsäule bei Chirurgen, Orthopäden
34230 bis 34233	Röntgen Skelett, Extremitäten und Teile bei Chirurgen, Orthopäden
34234	Röntgen Becken und Weichteile bei Chirurgen, Orthopäden, Gynäkologen
34235, 34236	Röntgen Schulter, Hüfte, Knie und Gelenke bei Chirurgen, Orthopäden
34240 bis 34242	Röntgen Brustorgane bei Chirurgen, Orthopäden, FA-Internisten ohne Schwerpunkt, Pneumologen
34243 bis 34245	Röntgen Abdomen und Teile bei Chirurgen
Psychosomatik	
35100	Differenzialdiagnostische Klärung
35110	Verbale Intervention
Kostenpauschalen	
40840	Sachkosten der Strahlentherapie

Bochum, Dortmund, Essen, Münster, den 01.07.2009

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

AOK
Westfalen-Lippe

Dr. Thamer
1. Vorsitzender des Vorstandes

Litsch
Vorstandsvorsitzender

BKK-Landesverband
Nordrhein-Westfalen

Hoffmann
Vorstandsvorsitzender

SIGNAL IDUNA IKK

Dr. Leonhard
Vorstandsvorsitzender

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen

Döge
Direktor

Knappschaft

Stadié
Direktor

vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Geschäftsstelle Westfalen-Lippe

Niggemann
Leiter der vdek-Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen