



Gemeinsame Prüfvereinbarung



EXTRA

Inhalt

Editorial	Seite 3
Wesentliche Änderungen der neuen Gemeinsamen Prüfvereinbarung im Überblick	Seite 6
Überblick über die gesetzlichen Änderungen im Prüfwesen nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) - mit Wirkung zum 01.01.2008 -	Seite 8
Neue Gemeinsame Prüfvereinbarung mit Anhängen	Seite 9
Fallbezogene, arztgruppenspezifische Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel für das Jahr 2008	Seite 26
Heilmittel-Einzelpreise in Euro nach Kassenart	Seite 27

IMPRESSUM

Herausgeberin

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Straße 4-6
44141 Dortmund
Tel. 02 31/94 32-0

Redaktionsausschuss

Dr. Ulrich Thamer (verantw.)
Dr. Wolfgang-Axel Dryden
Dr. Thomas Kriedel

Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Geschäftsbereich Kommunikation
E-Mail: Pressestelle@kvwl.de

Druck

IVD GmbH & Co. KG
Wilhelmstraße 240 · 49475 Ibbenbüren

Februar 2008

Der bisherige „Blindflug“ im Heilmittelbereich ist beendet!

Prüfungen sind in aller Regel unangenehm. Man wird das Ergebnis akzeptieren können, wenn das Prüfverfahren korrekt und transparent durchgeführt wurde. Das gilt gleichermaßen für die Steuerprüfung durch das Finanzamt und für Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäß SGB V. Am Ende einer Prüfung findet sich fast immer irgendetwas, was man übersehen, falsch verstanden oder gar falsch umgesetzt hat, und man wird korrigiert oder muss gar zahlen. Das tut weh. Die persönliche Betroffenheit allein ist indessen kein Argument gegen die Durchführung solcher Prüfungen.

Aus Sicht der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten haben Prüfungen der Wirtschaftlichkeit den Sinn, diejenigen zu identifizieren, die sich zu Lasten eines Kollektivs bereichern oder sich durch ihr Verhalten andere Vorteile verschaffen.

So strebt die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei den Verordnungen an, dass das Wirtschaftsgebote eingehalten wird und kein Arzt über großzügige Verordnungen um Patienten werben kann. Gerade in Zeiten geringer Ressourcen und zunehmender Konkurrenz ließe sich über „Wunschverordnungen“ ein Vorteil erzielen. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Honorarbereich verfolgt aus Sicht der Vertragsärzte den Zweck, ein Kollektiv, welches in seinen Honoraransprüchen begrenzt ist, vor einzelnen zu schützen, die sich einen zu großen Anteil aus einem gemeinsamen Topf nehmen. Der Gesetzgeber verfolgt mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung vor allem das Ziel zu kontrollieren, ob der Standard des Notwendigen, Aus-

reichenden und Zweckmäßigen eingehalten wird und die Behandlung wirtschaftlich ist. Auch hier geht es um den Schutz eines Kollektivs, der Gemeinschaft der GKV-Versicherten. Das alles gäbe Sinn in einem Gesundheitswesen, welches rationalen Regeln folgt.

In unserem Gesundheitswesen ist freilich ein Regelungsgestrüpp entstanden, in dem man sich kaum noch orientieren kann, auch weil sich viele Widersprüchlichkeiten und Irrationalitäten finden. Die zahlreichen Begrenzungen beim Honorar lassen zum Beispiel den Sinn der Wirtschaftlichkeitsprüfung in diesem Bereich verblassen. Zu groß ist überdies die Diskrepanz zwischen sinkenden Einkommen und steigender Haftung für Verordnungen, zu deutlich der Zusammenhang von Wirtschaftlichkeitsprüfung und Rationierung.

Ein Beispiel für die vielen Ungereimtheiten ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung für Heilmittel in Westfalen-Lippe. Auch der Arzt, der 2001 die damals neuen Heilmittelrichtlinien, die eine morbiditätsorientierte Verordnung versprachen, korrekt umsetzte, bekam manchmal einen Prüfbescheid und oft auch einen Regress. Das lag in vielen Fällen daran, dass beim Vergleich mit dem Durchschnitt der Fachgruppe Überschreitungen deutlich wurden, die durch Praxisbesonderheiten schwer zu begründen waren, weil keiner die Praxisstruktur des anderen kennt.

Wer einen Regress bekam, zog sich verständlicherweise streng auf das wirklich Notwendige und Ausreichende zurück. Dies führte schnell dazu,



Dr. Ulrich Thamer,
Vorstandsvorsitzender der KVWL

dass sich das mögliche Verordnungsvolumen immer mehr verringerte. Der, der noch weiter die Normen der Heilmittelrichtlinien morbiditätsorientiert umsetzte, wurde immer früher auffällig.

Und wer dann einen Regress bekam, wurde gezwungen, sich dem prüfungsbedingten Ordnungsstandard anzuschließen. Gebranntes Kind scheut Feuer. Das hat am Ende dazu geführt, dass Westfalen-Lippe bei der Verordnung von Heilmitteln im bundesweiten Vergleich Schlusslicht ist.

Es häuften sich Beschwerden über eine defizitäre Versorgung mit Heilmitteln. Um hier ein deutliches Zeichen zu setzen, kündigte der Vorstand der KVWL die geltende Prüfvereinbarung mit den Krankenkassen zum 31. Dezember 2007. Nach Gesprächen mit dem Aufsichtsministerium und den Krankenkassen entstanden begleitend zur geltenden Prüfvereinbarung Übergangsvereinbarungen, die u. a. klare Praxisbesonderheiten bei der Physiotherapie definierten und Regresse bei der Verordnung von Logopädie und Ergotherapie befristet ausschlossen. Dadurch sollte wieder Raum für notwendige Heilmittelverordnungen geschaffen werden. Die zögerliche Umsetzung der Übergangsbestimmungen durch die autonome Prüfinstanz hat allerdings dazu beigetragen, dass dieses Mehr von den Vertragsärzten ebenso zögerlich genutzt wird. Ein zusätzliches Mehr bei den Heilmitteln wurde dadurch erschlossen, dass es dem Vorstand der KVWL gelang, das Heilmittelvolumen gegenüber dem Vorjahr um zirka zehn Prozent aufzustoßen.

Nach schwierigen Verhandlungen mit den Krankenkassen ist jetzt zum 1. Januar 2008 eine neue Prüfvereinbarung in Kraft getreten, die die geltenden Übergangsbestimmungen weitgehend fortführt und überdies viele Verbesserungen für die Ver-

tragsärzte bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung beinhaltet. Natürlich kann auch eine neue Prüfvereinbarung die gesetzlichen Vorgaben zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht außer Kraft setzen. Sie kann aber das Prüfverfahren schlanker machen, präzisieren und transparenter gestalten und damit für den Arzt überschaubarer und akzeptabler machen. Das ist mit der neuen Prüfvereinbarung durchaus gelungen.

So gibt es jetzt Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel, mit deren Hilfe der Arzt selbst seine Verordnungen steuern kann. Der bisherige „Blindflug“ im Heilmittelbereich ist damit beendet. Für Physiotherapie, die Logopädie und Ergotherapie gibt es eine gemeinsame Richtgröße, die eine Kompensation untereinander möglich macht. Für den Fall von Auffälligkeiten in den Bereichen Logopädie und Ergotherapie erfolgt zunächst nur eine Beratung und kein Regress. Aus den gemachten Erfahrungen sollen später auch für diese Bereiche Praxisbesonderheiten erschlossen werden.

Für die Physiotherapie wurde erstmals ein für die Prüfungsgremien verbindlicher Katalog von Praxisbesonderheiten vereinbart. Der Mehraufwand im Vergleich zur Fachgruppe muss bei diesen Praxisbesonderheiten berücksichtigt werden. Die Regelungen der Übergangsbestimmungen zu diesem Ordnungsbereich bleiben für alle nicht abgeschlossenen Verfahren bis zum 4. Quartal 2007 bestehen. Für die Arzneimittelprüfung wurde der Katalog der Praxisbesonderheiten deutlich erweitert und durch Zuordnung der ATC-Codes automatisiert.

Durch den vereinbarten Vorwegabzug von Praxisbesonderheiten dürfte die Anzahl der eingeleiteten Verfahren deutlich zurück gehen. Dieses Ziel wird dadurch unterstützt, dass die Prüfungsstelle bei ihrer Entschei-

derung die Ergebnisse früherer Verfahren berücksichtigen soll. Nicht zuletzt wird die Anzahl von Prüfverfahren auch dadurch reduziert, dass die bisher geltenden Geringfügigkeitsgrenzen angehoben wurden.

Die Prüfungsgremien können jetzt Ärzte durch Einrichtungen der Vertragspartner (z. B. Ordnungsmanagement der KVWL) qualifiziert beraten lassen. Die Beratung gilt dann als Prüfmaßnahme. Diese Regelung kommt unserer Forderung „Beratung statt Regress“ nahe.

Für die Prüfung von Verordnungen ist jetzt vereinbart, dass die Hälfte der Rezepte, mindestens jedoch 30 Prozent im Original oder in einer dem Original vergleichbaren Form vorliegen soll. Damit ist sichergestellt, dass der Vertragsarzt eine repräsentative Anzahl seiner Rezepte in einem Prüfverfahren vorliegen hat, um etwa falsche Zuordnungen zu erkennen.

Schließlich wurde die persönliche Anhörung vor dem Beschwerdeausschuss wieder eingeführt und damit dem berechtigten Wunsch vieler Ärztinnen und Ärzte entsprochen, direkt auf das Verfahren einwirken zu können.

Ich habe hier nur einige wichtige Änderungen beschrieben. In diesem Pluspunkt finden Sie alle Inhalte der neuen Prüfvereinbarung. Wir sind unseren Zielen in Westfalen-Lippe damit sehr nahe gekommen. Ich bedanke mich bei allen Kolleginnen und Kollegen, die uns aus ihrer persönlichen Erfahrung und ihrer kritischen Sichtweise heraus beraten haben. Das hat uns angespornt, die Forderungen und Änderungsnotwendigkeiten in den Verhandlungen mit den Krankenkassen weitgehend umzusetzen. Auch der Gesetzgeber hat mittlerweile erkannt, dass bei der bisherigen Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht alles in Ordnung war. So hat er im WSG die Verjährungsfrist der Verfah-

ren auf zwei Jahre verkürzt und die Prüfungen auf diejenigen fünf Prozent beschränkt, die am unwirtschaftlichsten sind.

Der Vorstand der KVWL wird sorgsam auf die sachgemäße und korrekte Durchführung der Prüfverfahren durch Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss achten. Die Prüfinstanz ist seit einigen Jahren autonom. Das versetzt die KVWL in die Lage, Sie in allen Fragen der Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfung zu beraten und zu unterstützen. Insbesondere der Geschäftsbereich Ordnungsmanagement ist auf diese Aufgabe gut vorbereitet. Nutzen Sie diese kompetente und effektive Beratung!



Dr. Ulrich Thamer
Vorstandsvorsitzender

Wesentliche Änderungen der neuen Gemeinsamen Prüfvereinbarung im Überblick

(alphabetisch geordnet)

Beratung:	Die Prüfungsgremien können zukünftig Ärzte durch Einrichtungen der Vertragspartner (z. B. Verordnungsmanagement der KVWL) qualifiziert beraten lassen; diese Beratung gilt als Prüfmaßnahme i. S. des SGB V.
Beratungskommission:	Die Prüfungsstelle, die gesetzlich künftig als „reine“ Verwaltungseinrichtung die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der I. Instanz durchführt und den ehrenamtlichen Prüfungsausschuss ersetzt, wird durch eine fachkundig besetzte Beratungskommission unterstützt. Die Kommission ist paritätisch mit Vertretern der Ärzte und Krankenkassen besetzt.
Durchschnittswertprüfung „Honorar“:	Der Katalog der prüfbaren Leistungen ist reduziert worden und zudem an hohe Aufgreifkriterien geknüpft.
Ergo- und Logotherapie:	Von einer gesonderten Richtgröße für den Bereich Ergo-/Logotherapie wurde abgesehen; entsprechende Verordnungskosten sind Bestandteil der Richtgröße Heilmittel allgemein (Kompensation der Bereiche untereinander daher möglich). Erweist sich der Verordnungsbereich „Ergo- und Logotherapie“ als „unwirtschaftlich“, soll zunächst nur eine Prüfmaßnahme in Form der Beratung erfolgen.
Geringfügigkeitsgrenzen:	Die Geringfügigkeitsgrenzen sind von bisher 200 EUR auf 500 EUR pro Jahr angehoben worden. Eine abweichende Sonderregelung gilt für die Einzelfallprüfung wegen unzulässiger Verordnung (-> Arzneimittel: 50 EUR je Quartal = 200 EUR pro Jahr; -> Sprechstundenbedarf: 100 EUR je Jahr).
Originalrezepte:	Für die Prüfung der Ordnungsweise sollen die Hälfte der Rezepte, mindestens jedoch insgesamt 30 % im Original oder einer dem Original vergleichbaren Form vorliegen.
Persönliche Anhörung:	Die persönliche Anhörung vor dem Beschwerdeausschuss ist jetzt wieder auf Antrag möglich. Damit ist dem Wunsch vieler Ärzte Rechnung getragen, dem Beschwerdeausschuss persönlich ihre Argumente vortragen zu können.
Praxisbesonderheiten:	<ul style="list-style-type: none">• Vereinbarte Praxisbesonderheiten: Die Vertragspartner haben mit verbindlicher Wirkung für die Prüfungsgremien Praxisbesonderheiten festgelegt, die als Vorwegabzug von den Verordnungskosten berücksichtigt werden. Im Einzelnen:<ul style="list-style-type: none">- Der bisherige Katalog der Praxisbesonderheiten im Arzneimittelbereich wurde deutlich erweitert (und durch Zuordnung der ATC-Codes in der Umsetzung automatisiert).- Im Heilmittelbereich wurde erstmals ein Katalog mit Praxisbesonderheiten vereinbart; der Mehraufwand bei diesen Praxisbesonderheiten im Vergleich zur Fachgruppe wird entlastend berücksichtigt.

• Empfehlungen:

Neben den verbindlich vereinbarten Praxisbesonderheiten haben die Vertragspartner Arzneimittel bzw. Indikationen festgelegt, für die den Prüfungseinrichtungen die Prüfung auf Anerkennung auf Praxisbesonderheit empfohlen wird.

• Unberührt davon bleibt die Möglichkeit, weitere Praxisbesonderheiten vorzutragen.

Übergangsvereinbarung:

Die Übergangsvereinbarung zu den Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich (aus Mitte 2007) bleibt unverändert für die (noch nicht abgeschlossenen) Prüfungen der Verordnungsquartale bis Ende 4/2007 gültig.

Vorentscheidungen:

Die Prüfungseinrichtungen sollen bei ihren Entscheidungen die Ergebnisse vorangegangener Verfahren berücksichtigen.

Zufälligkeitsprüfung:

Beschränkung auf Ärzte, die ein Kalenderjahr abgerechnet haben und die noch nicht in anderen Prüfverfahren geprüft wurden. Ärzte, die diese Kriterien nicht erfüllen, „fallen“ aus der jeweils 2 % der abrechnenden Ärzte umfassenden Stichprobe heraus; die Stichprobe wird insoweit nicht aufgefüllt.

Überblick über die gesetzlichen Änderungen im Prüfwesen nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

- mit Wirkung zum 01.01.2008 -

• Der ehrenamtliche Prüfungsausschuss, der bislang erstinstanzlich entschieden hat und mit Vertretern der Ärzte und Krankenkassen paritätisch besetzt war, wird abgeschafft.

• Die Prüfungsaufgaben 1. Instanz werden der Geschäftsstelle und den dortigen Verwaltungsmitarbeitern übertragen. Die Geschäftsstelle wird zur Prüfungsstelle umbenannt.

• Für den Beschwerdeausschuss gelten neue Besetzungsvorgaben. Während früher höchstens sechs, mindestens jedoch jeweils drei Vertreter von Seiten der Ärzte und der Krankenkassen den Ausschuss bildeten, sind es nunmehr höchstens vier, mindestens jedoch jeweils zwei Vertreter der beiden Vertragsparteien.

• Der regelhafte Prüfzeitraum von einem Jahr für die Richtgrößenprüfung kann fakultativ auf ein Quartal verkürzt werden, wenn hierdurch die Wirksamkeit der Prüfung erhöht und das Verfahren vereinfacht wird.

• Kann eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden, muss stattdessen eine Prüfung nach Durchschnittswerten erfolgen, mit den für die Richtgrößenprüfung geltenden gesetzlichen Vorgaben (Überschreitung > 15 % Beratung, > 25 % Regress).

• Prüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als 5 % der Ärzte einer Fachgruppe erfolgen.

• Die Prüfungsstelle muss spätestens zwei Jahre nach Ende des Ordnungszeitraumes einen Regress/Kürzung festgesetzt haben; danach ist die Prüfung gesetzlich ausgeschlossen.

• Die Vertragspartner (KV und Krankenkassen) erhalten das Recht, in der Arznei- und Heilmittelvereinbarung so-

wie in der Prüfvereinbarung Praxisbesonderheiten festzulegen, die für die Prüfungsgremien verbindlich sind.

• Die Prüfungsstelle muss von Amts wegen Zweifel an Richtigkeit der Verwaltungsdaten nachgehen.

• Patientenzuzahlungen und Auswirkungen von Rabattverträgen nach § 130 a SGB V, denen der Arzt nicht beigetreten ist, sind durch pauschalen Abzug vom Regressbetrag durch die Prüfungsgremien zu berücksichtigen.

• Verordnungen, die einem Rabattvertrag unterfallen, dem der Arzt beigetreten ist, sind nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V; die Krankenkassen müssen die Wirtschaftlichkeit dieser Verordnungen im jeweiligen Beitrittsvertrag sicherstellen.

• Bei Regressen wegen unzulässiger Verordnungen entfällt das Widerspruchsverfahren, d. h. die entsprechende Entscheidung der Prüfungsstelle ist unmittelbar mit der Klage anzufechten.

Gemeinsame Prüfvereinbarung



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 Vereinigten IKK
(IKK),

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

der Knappschaft
(Kn),

dem Verband der
Angestellten-Krankenkassen e. V.
- vertreten durch die Landesbereichsvertretung
Westfalen-Lippe,
handelnd für seine
Mitgliedskassen -

sowie

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
- vertreten durch die Landesbereichsvertretung
Westfalen-Lippe, handelnd für seine
Mitgliedskassen -
- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

Inhaltsübersicht:

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

Protokollnotizen

Seite 18

Anhänge

Anhang 1: Daten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung	Seite 19
Anhang 2: Beratungskommission	Seite 19
Anhang 3: Durchführung der Beratungen nach § 106 Abs. 1a SGB V	Seite 19
Anhang 4: Besonderheiten der Prüfung für neue Berufsausübungsformen nach dem VÄndG	Seite 19
Anhang 5: Grundsätze des Verfahrens der Anerkennung von Praxisbesonderheiten	Seite 20
A. „Arzneimittel“	Seite 20
B. „Heilmittel“	Seite 23
Anhang 6: Durchschnittswertprüfung	Seite 25
Anhang 7: Zuordnung zu den Vergleichsgruppen	Seite 25

§ 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 Ordnungsweise 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 7.

(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 an-

fechtbar 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 Richtgrößprüfung 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. 1a 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 Ordnungsweise 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) Ärzte, die weniger als ein Kalenderjahr in einem Status abgerechnet haben, werden nach Durchschnittswerten nach den von der Rechtsprechung für diese Prüfmethode festgelegten Grundsätzen 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 Ordnungsvolumen 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,

- die innerhalb der letzten 8 Quartale in die Stichprobe einbezogen waren,
- die erst weniger als 3 Quartalsabrechnungen vorgelegt haben,

- 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 Verwaltungsstatistiken 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 vorgebracht.

(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:

- die Bezeichnung der Prüfungseinrichtung,
- die an der Beschlussfassung beteiligten Mitglieder,
- den Tag der Beschlussfassung,
- die beschlossenen Maßnahmen und

- 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

Zum Vertragsrubrum:

Aufgrund der durch das GKV-WSG vorgegebenen Neuordnung der Verbandstruktur im Ersatzkassenbereich, wird das Vertragsrubrum der Vereinbarung ab dem 01.07.2008 angepasst. Ggf. notwendige redaktionelle Änderungen der Gemeinsamen Prüfvereinbarung werden zu diesem Zeitpunkt ebenfalls vorgenommen.

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 Übergangvereinbarung 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 Zufälligkeitsprüfung in Westfalen-Lippe ist eine Erprobungsphase von mindestens 3 Jahren vereinbart, in der die Zufälligkeitsprüfung 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. 1a 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
Besonderheiten der Prüfung
für neue Berufsausübungsformen
nach dem VÄndG

Anhang z. Zt. nicht besetzt.

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 hypo-physärem Minderwuchs	H01AC01	Somatropin

Indikationsbereich	ATC-CODE nach WIDO	Wirkstoffe bzw. -gruppen
10. Tumorthherapie mit Fertigarzneimitteln	H01CB02 L01A außer L01BA01 L01B L01CA/B/D L01D und verwandte Substanzen L01X außer L01XX33 (Celecoxib) L02AE, L02B L03AB02, L03AC V03AF	Octreotid Alkylierende Mittel Antimetabolite Pflanzliche Alkaloide und andere natürliche Mittel Zytotoxische Antibiotika Andere antineoplastische Mittel Gonadotropin-Releasing- Hormon-Analoga, Hormon- antagonisten und verwandte Mittel Interferon-beta, natürlich, Interleukine Entgiftungsmittel für die Be- handlung mit Zytostatika
11. Tumorthherapie mit Rezepturzubereitungen, soweit nicht als Fertigarzneimittel günstiger erhältlich		PZN 9999092
12. Antivirale Therapie (z. B. HIV) zur systemischen Anwendung	J05AB06/12/14 J05AE/F/G/R J05AX07	Ganciclovir, Cidofovir, Valganciclovir, Protease- hemmer, Nukleosidale und nukleotidale Inhibitoren der Rev. Transkriptase, Nicht-nu- kleosidale Inhibitoren der Reverse-Transkriptase, Anti- virale Mittel zur Behandlung von HIV Infektionen, Kombi- nationen 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

* Relation zu Basistherapeutika gemäß Therapiehinweis beachten

Indikationsbereich	ATC-CODE nach WIDO	Wirkstoffe bzw. -gruppen
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-a-Inhibitoren) z. B. nach Transplantationen	L04AD01 L04AA, L04AD02, L04AC01/03 außer den TNF-a-Inhibitoren L04AA18/21/23/24	Ciclosporin Selektive Immunsuppressiva, Tecrolimus, Daclizumab, Anakinra

* Präparate zur Therapie des Restless-legs-Syndrom (z. B. Restex®) werden nicht als Praxisbesonderheiten 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. Antiasthmatica	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:

Indikationsschlüssel 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, multi strukturelle 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. Lebensjahres	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. Lebensjahres	a) Bewegungsstörungen von Extremitäten, Rumpf- und Kopfmuskulatur z.B. mit Hemi-, Tetra-, Paraplegie/-parese

Indikationsschlüssel nach Heilmittelkatalog	Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung, Funktionsstörung
		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

II. Empfehlungen

Die Vertragspartner empfehlen den Prüfungseinrichtungen, die Mehrkosten für nachfolgende Bereiche insbesondere auch auf Anerkennung als Praxisbesonderheit zu prüfen:

Indikationsschlüssel nach Heilmittelkatalog	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 schmerzhafte Hyperkeratose b) Pathologisches Nagelwachstum, Verdickung, Tendenz zum Einwachsen c) Gleichzeitige Schädigung a) und b)
s. Protokollnotiz zu § 11 Abs. 5 und 9		

Anhang 6 zur Gemeinsamen Prüfvereinbarung 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.

Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen

01100, 01101, 02340 (nur FG Chirurgie, Orthopädie), 02341, 02400, 02401, 02500 bis 02512

Arztgruppenspezifische Leistungen Hausärztlicher Versorgungsbereich

Allgemeinärzte, Prak. Ärzte, Internisten, hausärztlich
03241, 03242, 03321, 03322, 03324, 03330, 03331, 03332

Kinder- und Jugendmediziner
04241, 04242, 04243, 04321, 04322, 04324, 04330, 04331, 04332

Arztgruppenspezifische Leistungen Fachärztlicher Versorgungsbereich

Augenärzte
06312, 06320, 06321, 06330, 06333

Frauenärzte
08311, 08331, 08332, 08333, 08334, 08340

HNO-Ärzte
09310, 09311, 09312, 09313, 09314, 09318, 09320, 09321, 09323, 09324, 09325, 09326, 09327, 09330, 09331, 09332, 09333, 09351

Hautärzte
10310

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
14220, 14222, 14320, 14321, 14330, 14331

Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen
15310 bis 15324

Neurologen, Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Neurochirurgen
16310, 16311, 16320, 16321, 16322, 16340, 16371

Psychiater, Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
21216, 21217, 21220, 21222, 21310, 21311, 21320, 21321, 21340

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

22220, 22221, 22230

Ärztliche, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
23220

Urologen

26310, 26311, 26312, 26313

Fachärzte für Physikalische und

Rehabilitative Medizin

27310 bis 27331

Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Leistungen

Allergologie

30120 bis 30123

Chirotherapie

30200, 30201

Neurophysiologische Übungsbehandlungen

30300

Physikalische Therapie

30400-30402, 30410, 30420, 30430, 30431

Ultraschalldiagnostik

33000 bis 33002, 33010, 33012, 33020 bis 33031, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33060, 33061, 33063, 33070 bis 33072, 33076, 33080, 33081, 33090

Radiologie

34210, 34220 bis 34222, 34230 bis 34233, 34234, 34235, 34236, 34240 bis 34242, 34243 bis 34245

Psychosomatik

35100, 35110

Kostenpauschalen

40840

Anhang 7 zur Gemeinsamen Prüfvereinbarung Zuordnung zu Vergleichsgruppen

- 1) Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung werden die Praxen den Arztgruppen als Vergleichsgruppe zugeordnet, der sie von der KVWL bei der Honorarverteilung zugeordnet werden.
- 2) Fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, versorgungsbereichsübergreifende Gemeinschaftspraxen sowie MVZ's werden grundsätzlich der Vergleichsgruppe zugeordnet, die von den in der Praxis/MVZ repräsentierten Vergleichsgruppen den niedrigsten Vergleichswert hat. Vor Einleitung eines Prüfverfahrens stellt die Prüfungsstelle fest, ob eine von Satz 1 abweichende Vergleichsgruppenzuordnung wegen der Behandlungs- und Patientenstruktur sachlich geboten ist.
- 3) Dies gilt solange, bis auf Bundesebene die Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes umgesetzt sind. Zu diesem Zeitpunkt wird dieser Anhang überarbeitet.

Es folgen die Unterschriften der Vertragspartner

Fallbezogene, arztgruppenspezifische Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel für das Jahr 2008

Arzneimittel

Vergleichsgruppe	Richtgröße 2008 M/F	Richtgröße 2008 R
Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte, haus. Internisten	47,33	145,50
Anästhesisten	11,88	30,19
Anästhesisten mit Schmerztherapie	83,62	240,56
Augenärzte	7,52	18,98
Chirurgen	6,25	13,07
Frauenärzte	13,90	34,75
Gastroenterologen	110,94	77,74
Hautärzte	27,65	29,69
HNO-Ärzte	10,63	6,44
Kardiologen	9,50	12,46
Kinder- und Jugendpsychiater	45,61	59,04
Kinderärzte	29,15	77,55
Mund-/Kiefer- u. Gesichtschirurgen	6,16	6,65
Nephrologen	319,82	535,01
Nervenärzte, FA für Neurologie u. Psychiatrie	142,38	164,41
Neurochirurgen	23,01	35,65
Neurologen	182,95	193,49
Onkologen	1.539,81	1.716,29
Orthopäden	5,53	15,39
Pneumologen	72,10	100,89
Psychiater, FA für Psychiatrie u. Psychotherapie	125,75	177,29
Reha-Ärzte	6,04	19,69
Rheumatologen	177,81	190,37
übrige fachärztliche Internisten	76,59	128,40
Urologen	26,48	75,39

Heilmittel

Vergleichsgruppe	Richtgröße 2008 M/F	Richtgröße 2008 R
Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte, haus. Internisten	4,39	11,66
Chirurgen	6,46	12,33
HNO-Ärzte	7,53	3,50
Kinder- und Jugendpsychiater	28,36	17,72
Kinderärzte	15,14	21,19
Nervenärzte, FA für Neurologie u. Psychiatrie	7,18	23,97
Neurologen	9,16	26,89
Orthopäden	16,67	16,92
Psychiater, FA für Psychiatrie u. Psychotherapie	5,23	17,95
Reha-Ärzte	51,44	77,61

Heilmittel-Einzelpreise in Euro nach Kassenart

Stand: 1. Januar 2008

Quelle: Vergütungslisten/Vergütungsvereinbarungen der Kassenverbände.

Die Preisangaben sind ohne Gewähr.

PK = Primärkasse

EK = Ersatzkassen

	PK	EK		PK	EK
Krankengymnastik			Elektrotherapie		
Einzelbehandlung, auch auf neurphysiolog. Grundlage	14,00	14,17	Elektrotherapie/-behandlung	3,40	4,08
Einzelbehandlung, Manuelle Therapie	14,35	15,76	Elektrostimulation bei Lähmungen	8,20	9,12
Einzelbehandlung, Bobath, Vojta bei Kindern	23,20	25,07	Hydroelektrisches Teilbad	5,40	7,08
Einzelbehandlung Bobath, PNF bei Erwachsenen	17,15	19,52	Hydroelektrisches Vollbad	12,40	14,16
Einzelbehandlung bei Mucoviscidose	36,00	41,78	Kohlesäurebad	13,80	13,90
KG-Gerät (bis zu 3 Patienten)	24,25	25,18	Wärme- und Kältetherapie		
Gruppenbehandlung bei 2 bis 5 Personen	4,80	3,90	Wärmeanwendung mittels Strahler	3,20	2,94
Gruppenbehandlung Psychomotorik bei 2 bis 4 Kindern	8,10	8,27	Warmpackung	6,85	7,89
Traktionsbehandlung	3,45	4,22	Heiße Rolle	5,50	6,55
Standardisierte Heilmittelkombination			Ultraschall-Wärmetherapie	6,85	7,20
D 1 (Schwerpunkt KG oder manuelle Therapie)	30,45	30,83	Teilbad mit Peloiden	17,20	21,87
Bewegungstherapie			Vollbad mit Peloiden	24,30	28,92
Übungsbehandlung, Einzelbehandlung	5,90	5,76	Kältetherapie	5,45	6,26
Übungsbehandlung, Gruppenbehandlung bei 2 bis 5 Patienten	2,80	3,90	Ergotherapie		
Übungsbehandlung im Bewegungsbad, Einzelbehandlung	13,40	15,64	Einzelbehandlung bei mot.-funktionel- len Störungen	24,15	25,28
Übungsbehandlung im Bewegungsbad, Gruppenbehandlung bei 2 bis 3 Patienten	9,00	11,63	Einzelbehandlung bei sensomot./per- zeptiven Störungen	33,55	33,61
Übungsbehandlung im Bewegungsbad, Gruppenbehandlung bei 4 bis 5 Patienten	8,50	7,78	Hirnleistungstraining/neuropsychol. orient. Einzelbehandlung	25,75	27,97
Chirogymnastik	10,20	9,98	Einzelbehandlung bei psychisch- funktionellen Störungen	42,00	42,48
Massagetherapie			Einzelbeh. bei psych.-funktionellen Störungen als Belastungserprobung	77,95	77,61
Klassische Massagetherapie	9,75	9,53	Gruppenbeh. bei mot.-funkt. Störungen (3 bis 5 Patienten)	8,75	8,80
Bindegewebsmassage	13,55	9,42	Gruppenbeh. bei sensomot./perzept. Störungen (3 bis 5 Patienten)	11,35	11,38
Reflexzonen-, Segment-, Periost- und Colonmassage	9,75	9,42	Hirnleistungstraining als Gruppenbe- handlung (3 bis 5 Patienten)	11,35	11,38
Unterwasserdruckstrahlmassage	14,05	16,21	Gruppenbeh. bei psych. Funkt.- Störungen (3 bis 5 Patienten)	20,80	20,96
Manuelle Lymphdrainage			Gruppenbeh. bei psych. Funkt.- Störungen als Belastungserprobung (3 bis 5 Patienten)	38,65	38,81
Teilbehandlung	12,55	14,22	Logopädie		
Großbehandlung	19,45	21,20	Einzelb., Behandlungsdauer 25 bis 35 Min.	19,60*	21,22
Ganzbehandlung	31,20	35,67	Einzelb., Behandlungsdauer 40 bis 50 Min.	30,00*	29,86
Kompressionsbandagierung einer Extremität	5,60	5,81	Einzelb., Behandlungsdauer 55 bis 65 Min.	38,95*	38,27
			Gruppenbeh. (max. 4 Patienten), Behandlungsdauer mind. 45 Min.	13,80*	17,13
			Gruppenbeh. (max. 4 Patienten), Behandlungsdauer mind. 60 Min.	17,10*	24,24

* gültig ab 1. Mai 2008

Abrechnung online
erledigt!

Jetzt endlich

mehr Zeit

für's Wesentliche!

750,-€
Prämie*

Das **KVWL** Online-Paket: Ihre Verbindung in die Zukunft!

Wir geben Ihnen gerne weitere Informationen!

Dortmund: 02 31/94 32-30 00

Münster: 02 51/9 29-10 00

Internet: www.kvwl.de

KVWL
Im Dienst der Medizin.

* Einmalprämie. Gefördert wird das Projekt über zehn Quartale (1.10.2007-31.3.2010). Nur solange das von der Vertreterversammlung bewilligte Finanzvolumen nicht ausgeschöpft ist.