

1. Nachtrag zur Prüfungsvereinbarung vom 03.11.2016 in der Fassung des Beschlusses des Lan- desschiedsamtes

über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit
durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern
nach § 106 Abs. 1 Satz 2 und § 106b Abs. 1 Satz 1 SGB V

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns**
nachstehend als „KVB“ bezeichnet

und

der **AOK Bayern – Die Gesundheitskasse**,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

dem **BKK Landesverband Bayern**,
nachstehend als „Landesverband“ bezeichnet

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und
Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse**,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

der **KNAPPSCHAFT**, - Regionaldirektion München -,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

der **IKK classic**,
handelnd als Krankenkasse und Landesverband

und

den **Ersatzkassen**

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK - Hanseatische Krankenkasse

Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek - Landesvertretung Bayern

nachstehend alle als Krankenkassen bezeichnet, soweit keine an-
dere Bezeichnung angegeben ist

A) Präambel

Die Vertragspartner kommen mit diesem Nachtrag dem nachfolgenden Auftrag des Landesschiedsamtes aus der Protokollnotiz P 6) der Prüfungsvereinbarung vom 03.11.2016 in der Fassung des Beschlusses des Landesschiedsamtes nach:

„Auf der Grundlage der Entscheidungen und Festlegungen des Landesschiedsamtes überarbeiten bzw. passen die Vertragspartner gemeinsam die von der KVB vorgelegten Anlagen 1 bis 5 sowie die von den Krankenkassen geforderten Anlagen 6 bis 18 zur Prüfungsvereinbarung an. Nicht ausformulierte Anlagen werden von den Vertragspartnern gemeinsam erarbeitet.“

B) (Redaktionelle) Änderungen des Hauptteils der Prüfungsvereinbarung vom 03.11.2016 als Folge der Anpassung der Anlagen

Die Prüfungsvereinbarung vom 03.11.2016 in der Fassung des Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern wird (redaktionell) wie folgt geändert:

1. § 1 Geltungsbereich

In § 1 Abs. 1 Satz 1 werden im letzten Klammersatz nach „... (im folgenden Praxis genannt) ...“ nach dem Wort „Praxis“ die Wörter „bzw. Vertragsarzt“ eingefügt.

In § 1 Abs. 1 Satz 2 werden am Anfang nach den Worten „Als Praxis“ die Worte „bzw. Vertragsarzt“ eingefügt.

In § 1 Abs. 3 Satz 6 werden die Worte „Anlage 3“ durch die Worte „Anlage 2“ ersetzt.

2. § 4 Kosten

In § 4 Abs. 1 Satz 2 wird der Gesetzesverweis „§ 106a Abs. 5 SGB V“ ersetzt durch den Verweis „§ 106d Abs. 5 SGB V“.

In § 4 Abs. 2 Satz 3 wird der Gesetzesverweis „§ 106 SGB V“ ersetzt durch den Verweis „§ 106c SGB V“.

3. § 6 Prüfung von Amts wegen und Antragsverfahren

§ 6 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe c) wird gestrichen. § 6 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe „d)“ wird zu „c)“ und Buchstabe „e)“ zu „d)“ geändert.

In § 6 Abs. 3 Satz 1 wird nach dem Buchstaben b) der Buchstabe c) neu eingefügt:
„bei ärztlicher Behandlungsweise gem. § 14 (Auffälligkeitsprüfung)“

In § 6 Abs.3 Satz 1 wird nach dem Buchstaben c) der Buchstabe d) neu eingefügt:
„bei Prüfungen in Einzelfällen, Einzelposten bzw. von unzulässigen Verordnungen gem. § 15, § 21, § 22, § 23, § 24 und § 27“

§ 6 Abs. 3 Satz 2 wird wie folgt neu gefasst: „Im Vorfeld von Prüfungen gem. a) bis einschließlich c) sondieren die Vertragspartner gemeinsam mit dem Ziel, Anträge an die Prüfungsstelle abzugeben.“

In § 6 Abs. 4 Satz 1 werden die Worte „Anlage 3 Abs. 1“ durch die Worte „Anlage 13“ ersetzt.

4. § 7 Verfahren vor der Prüfungsstelle

In § 7 Abs. 1 2. Halbsatz werden die Worte „§ 9 Abs. 1“ durch die Worte „§ 10 Abs. 1“ ersetzt.

In § 7 Abs. 2 Satz 2 werden die Worte „§ 6 Abs. 2 Satz 3“ durch die Worte „§ 6 Abs. 2 Satz 2“ ersetzt.

In § 7 Abs. 2 Satz 3 werden am Ende des Satzes die Worte „(vgl. Anlage 1)“ eingefügt.

5. § 8 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

In § 8 Abs. 1 Satz 4 werden am Ende des Satzes die Worte „(vgl. Anlage 1)“ eingefügt.

6. § 10 Bescheidserteilung und –vollzug

§ 10 Abs. 4 Satz 4 werden die Wörter „die Rückforderung“ durch die Wörter „der Nachforderungs- bzw. Kürzungsbetrag“ ersetzt.“

7. § 11 Prüfarten und –verfahren

In § 11 Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „Anlage 6“ durch die Worte „Anlage 2“ ersetzt.

In § 11 Abs. 2 Satz 6 werden am Ende des Satzes die Worte „(vgl. Anlage 13)“ eingefügt.

8. § 13 Stichprobenprüfung der Behandlungsweise (Zufälligkeitsprüfung)

In § 13 Abs. 1 Satz 3 werden die Worte „Anlage 6“ durch die Worte „Anlage 2“ ersetzt.

In § 13 Abs. 3 Satz 3 werden die Worte „§ 6 Abs. 2 Satz 3“ durch die Worte „§ 6 Abs. 3 Satz 2“ ersetzt.

9. § 14 Auffälligkeitsprüfung der Behandlungsweise (nach Durchschnittswerten)

In § 14 Abs. 1 Satz 3 wird das Wort „Vergleichsgruppe“ durch das Wort „Prüfgruppe“ ersetzt.

In § 14 Abs. 1 Satz 4 werden die Worte „Anlagen 6 bis 9“ durch die Worte „Anlagen 2 bis 5“ ersetzt.

In § 14 Abs. 5 wird das Wort „Vergleichsgruppe“ durch das Wort „Prüfgruppe“ ersetzt.

In § 14 Abs. 6 wird das Wort „Vergleichsgruppe“ durch das Wort „Prüfgruppe“ ersetzt.

10. § 17 Arzneimittelprüfung (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung)

In § 17 Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „Anlage 10“ durch die Worte „Anlage 6“ ersetzt.

11. § 20 Heilmittelprüfung (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung)

In § 20 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 werden die Wörter „§ 20“ durch die Wörter „§ 19“ ersetzt.

Der Satz 3 des § 20 Abs. 1 wird gestrichen.

In § 20 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 wird das Wort „Vergleichsgruppe“ durch das Wort „Prüfgruppe“ ersetzt.

In § 20 Abs. 2 Satz 5 und § 20 Abs. 3 Satz 3 werden die Worte „Anlage 11“ durch die Worte „Anlage 7“ ersetzt.

12. § 21 Prüfung des Sprechstundenbedarfs nach Einzelposten

In § 21 Abs. 3 wird nach Satz 1 ein Satz 2 wie folgt eingefügt:
„§ 6 Abs. 5 gilt entsprechend.“

13. § 25 Beratung vor Festsetzung eines Nachforderungsbetrages

In § 25 Abs. 1 Satz 10 werden am des Satzes die Worte „(vgl. Anlage 1)“ eingefügt.

In § 25 Abs. 3 Satz 1 wird der Verweis „gem. Abs. 1 Satz 6“ durch den Verweis „gem. Abs. 1 Satz 4“ ersetzt.

14. § 26 Feststellung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten bzw. besonderen Verordnungsbedarfen

In § 26 Abs. 2 Satz 5 werden die Worte „der Frist“ mit den Worten „des Festsetzungszeitraums“ ersetzt.

In § 26 Abs. 2 Satz 6 werden die Worte „dieser Frist“ durch die Worte „des Festsetzungszeitraums“ ersetzt.

15. § 27 Prüfung unzulässiger Verordnungen

In § 27 Abs. 2 wird das Wort „Erstattungsbegehren“ durch das Wort „Nachforderungsbegehren“ ersetzt.

16. § 30 Geringfügigkeitsgrenzen

In § 30 wird das Wort „Erstattungsbetrag“ durch das Wort „Nachforderungsbetrag“ ersetzt.

17. P 6) Protokollnotiz zu den Anlagen zur Prüfungsvereinbarung

Die Protokollnotiz „P 6) Protokollnotiz zu den Anlagen zur Prüfungsvereinbarung“ wird gestrichen.

C) Anpassung der Anlagen der Prüfungsvereinbarung vom 03.11.2016

¹Die Anlagen zur Prüfungsvereinbarung vom 03.11.2016 in der Fassung des Landesschiedsamtes werden in Erfüllung des Auftrags des Landesprüfungsamts gem. der Protokollnotiz P6) angepasst.

²Die Anlagen 1 bis 18 der Prüfvereinbarung vom 03.11.2016 in der Fassung des Landesschiedsamtes werden durch die Anlagen 1 bis 13 dieses Nachtrags ersetzt, vgl. Anlage 1 des Nachtrags.

³Die Anlagen 14 bis 18 der Prüfvereinbarung vom 03.11.2016 in der Fassung des Landesschiedsamtes werden gestrichen.

D) Schlussbestimmungen

(1) ¹Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder nach Vertragsschluss unwirksam werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. ²An die Stelle der unwirksamen Bestimmung soll diejenige wirksame Regelung treten, deren Wirkungen der Zielsetzung möglichst nahe kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen Bestimmung verfolgt haben.

(2) ¹Der Nachtrag einschließlich aller Anlagen, die wesentlicher Bestandteil sind, tritt mit Wirkung zum 01.10.2017 in Kraft und ändert die bisherige Vereinbarung vom 03.11.2016 i.d.F. des Beschlusses des Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung in Bayern entsprechend ab. ²Er gilt für die Prüfung der Abrechnungs- und Verordnungsquartale ab 4/2017.

München, den 13.09.2017

<p>gez.</p> <p>-----</p> <p>Kassenärztliche Vereinigung Bayerns - Körperschaft des öffentlichen Rechts - Vorsitzender des Vorstandes</p>	<p>gez.</p> <p>-----</p> <p>AOK Bayern - Die Gesundheitskasse - Körperschaft des öffentlichen Rechts -</p> <hr/> <p>gez.</p> <p>-----</p> <p>BKK Landesverband Bayern - Körperschaft des öffentlichen Rechts -</p> <hr/> <p>gez.</p> <p>-----</p> <p>IKK classic - Körperschaft des öffentlichen Rechts -</p> <hr/> <p>gez.</p> <p>-----</p> <p>Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse</p> <hr/> <p>gez.</p> <p>-----</p> <p>Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Bayern Der Leiter der Landesvertretung</p> <hr/> <p>gez.</p> <p>-----</p> <p>KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion München -</p>
---	---

E) Anlage 1 des 1. Nachtrags zur Prüfungsvereinbarung vom 03.11.2016 in der Fassung des Beschlusses des Landesschiedsamtes

Anlagen

Anlage 1 - Sachverständige

Hinzuziehung eines Sachverständigen durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss

1Durch Entscheidung des Leiters der Prüfungsstelle bzw. des unparteiischen Vorsitzenden und/oder durch Beschluss des Beschwerdeausschusses kann ein ärztlicher Sachverständiger hinzugezogen werden.

2Zur Prüfung der Verordnungsweise kann auch ein Sachverständiger aus dem pharmakologischen oder pharmazeutischen Bereich hinzugezogen werden.

3Der hinzugezogene Sachverständige ist nicht Mitglied des Beschwerdeausschusses.

4Er hat sich in der Sache nur zu dem ihm erteilten Auftrag zu äußern.

Anlage 2 – Prüfgruppen, Verordnungsfall- und Durchschnittswerte

Prüfgruppeneinteilung und Bildung der Verordnungsfall- und Durchschnittswerte

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach §13, § 14, § 16, § 17, § 19 und § 20 werden folgende Prüfgruppen (PG) gebildet:

2a) Prüfgruppen Stichprobenprüfung / Behandlungsweise

LANR (Stelle 8 u. 9)	PG	Gebietsbezeichnung:
04	010	Anästhesisten
05	040	Augenärzte
06 bis 09, 11, 13, 14	070	Chirurgen
15 bis 18	100	Frauenärzte
19, 20	130	HNO-Ärzte
21	160	Hautärzte
23, 32, 33	191	Fachärztliche Internisten, die in 192 bis 199 nicht genannt sind
28	192	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie
29	193	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie
30	194	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie sowie Lungenärzte
26	195	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie
27	196	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
24	197	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Angiologie
25	198	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie
31	199	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie
34 bis 46	230	Kinder- und Jugendärzte
48, 49	260	Laborärzte sowie Mikrobiologen, Virologen und Infektionsepidemiologen
50	350	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
51	381	Nervenärzte
53	386	Neurologen
58, 59	387	Psychiater/Forensische Psychiatrie
47	389	Kinder- und Jugendpsychiater
52	410	Neurochirurgen
10, 12	440	Orthopäden

55, 56	470	Pathologen, Fachwissenschaftler Zytologie-Histologie und Neuropathologen
60, 61	500	Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind
62 bis 64	530	Radiologen
65	540	Strahlentherapie
67	560	Urologen
54	590	Nuklearmediziner
57	630	Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
68	680/700	Psychologische Psychotherapeuten
69	690/710	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
	740	ärztlich geleitete Einrichtungen soweit diese über die KVB abrechnen
	760	Dialyse-Einrichtungen
	780	Notfalldienstärzte
01 bis 03	819	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten
22, 66, 70-99	900	Weitere Fachgruppen, Notfallärzte und Fachgruppen, welche weniger als 50 Mitglieder haben, werden eben falls hier zusammengefasst.

2b) Prüfgruppen Arzneimittel

LANR (Stelle 8 und 9)	PG	Gebietsbezeichnung:
04	010	Anästhesisten
05	040	Augenärzte
06 bis 09, 11, 13, 14	070	Chirurgen
15 bis 18	100	Frauenärzte
19 bis 20	130	HNO-Ärzte
21	160	Hautarzt
23, 32, 33	191	Fachärztliche Internisten, die in 192 bis 199 nicht genannt sind
28	192	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie
29	193	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie
30	194	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie sowie Lungenärzte
26	195	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie
27	196	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
24	197	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Angiologie
25	198	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie
31	199	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie
34 bis 46	230	Kinder- und Jugendärzte
50	350	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
51, 53, 58	381/386/387	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater
47	389	Kinder- und Jugendpsychiater
52	410	Neurochirurgen
10, 12	440	Orthopäden
60, 61	500	Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind
67	560	Urologen
57	630	Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
01 bis 03	819	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten

¹Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 16 (Wirkstoffprüfung) und § 17 (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Arzneimittelprüfung) gelten die hier festgelegten Prüfgruppen. Diese ersetzen die in Anlage 1 der Wirkstoffvereinbarung vom 31.10.2014 in der Fassung des 1. Nachtrags vom 14.11.2016 mit Wirkung zum 01.12.2016 geregelten Vergleichsgruppen.

²Für die Ärzte, die die Genehmigung als besonders qualifizierter Diabetologe besitzen, wird für das Ziel Antidiabetika der Wirkstoffvereinbarung ein gesonderter Zielwert vereinbart.

2c) Prüfgruppen Heilmittel

LANR (Stelle 8 u. 9)	PG	Gebietsbezeichnung:
06 bis 09, 11, 13, 14	070	Chirurgen
15 bis 18	100	Frauenärzte
19, 20	130	HNO-Ärzte
23, 32, 33	191	Fachärztliche Internisten, die in 192 bis 199 nicht genannt sind
28	192	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie
29	193	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Nephrologie
30	194	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie sowie Lungenärzte
26	195	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie
27	196	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
24	197	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Angiologie
25	198	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie
31	199	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie
34 bis 46	230	Kinder- und Jugendärzte
51, 53, 58, 59, 52	381/386/ 387/410	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater/Forensische Psychiatrie/Neurochirurgen
10, 12	440	Orthopäden
57	630	Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
01 bis 03	819	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten

2d) Bildung von Verordnungsfall- und Durchschnittswerten

1. Die Vergleichswerte für die Prüfung nach Prüfgruppen für die Auffälligkeitsprüfungen der Behandlungs- und Verordnungsweise werden je Quartal aus den Abrechnungs- und Verordnungswerten aller bayerischen Vertragsärzte errechnet.
2. ¹Die Vergleichswerte nach Prüfgruppen für die Auffälligkeitsprüfung der Behandlungsweise werden auf Landesebene je Abrechnungsquartal aus der Summe der Werte der von Vertragsärzten abgerechneten Fälle aller gesetzlichen Krankenkassen gebildet. ²Nachträglich abgerechnete Fälle beeinflussen die Bildung der Durchschnittswerte der Prüfgruppe bei der Prüfung der Behandlungsweise für das Behandlungsquartal und für das Abrechnungsquartal nicht. ³Für Nachtragsfälle gelten als Vergleichswerte die Werte des Behandlungsquartals.
3. Bei Berufsausübungsgemeinschaften bzw. Medizinischen Versorgungszentren werden die Abrechnungs- und Verordnungswerte der fach- bzw. bereichsgleichen Ärzte und Psychotherapeuten gemäß der entsprechenden Prüfgruppe zusammengefasst.
4. ¹Beim Vergleich der Abrechnungswerte mit den Werten der Prüfgruppe ist eine gewichtete Abweichung zu errechnen. ²Die gewichtete Abweichung ist der Quotient aus der Division der abgerechneten Behandlungskosten pro Behandlungsfall des Vertragsarztes geteilt durch die von der jeweiligen Prüfgruppe abgerechneten Behandlungskosten pro Behandlungsfall, gewichtet nach Altersgruppen. ³Die Gewichtung des Prüfgruppen-Durchschnittswerts ergibt sich aus der Summe der je Altersgruppe errechneten Produkte der nach Altersgruppen aufgeteilten Behandlungsfälle des Vertragsarztes mit der je Altersgruppe errechneten Behandlungskosten pro Behandlungsfall der Prüfgruppe (SOLL=100 %). ⁴Es gibt 4 Altersgruppen: Altersgruppe 1: 0 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, Altersgruppe 2: Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr, Altersgruppe 3: Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr, Altersgruppe 4: ab Beginn des 76. Lebensjahres. ⁵Die gewichtete Abweichung wird in vom Hundert ausgewiesen. ⁶Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise ist die „gewichtete Abweichung“ zugrunde zu legen. ⁷Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise richtet sich dabei nach den in Anlage 9c) genannten Aufgreifkriterien.
5. ¹Die Vergleichswerte nach Prüfgruppen für die Auffälligkeitsprüfung der Verordnungsweise werden auf Landesebene je Verordnungsquartal aus der Summe der Verordnungskostenwerte der Vertragsärzte für Fälle der gesetzlichen Krankenkassen errechnet. ²Grundlage für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise ist der Verordnungsfall. ³Dabei werden alle Versicherten eines Vertragsarztes, für die prüfrelevante Verordnungen durch den Vertragsarzt ausgestellt werden, berücksichtigt. ⁴Alle Verordnungen für einen Versicherten werden zu einem Verordnungsfall zusammengefasst.
6. ¹Beim Vergleich der Zahl der Verordnungsfälle mit den Werten der Prüfgruppe ist eine gewichtete Abweichung zu errechnen. ²Die gewichtete Abweichung ist der Quotient aus der Division der Heilmittelverordnungsprokosten pro Verordnungsfall des Vertragsarztes geteilt durch die von der jeweiligen Prüfgruppe verordneten Heilmittelkosten pro Verordnungsfall, gewichtet nach Altersgruppen. ³Die Gewichtung des Prüfgruppen-Durchschnittswerts ergibt

sich aus der Summe der je Altersgruppe errechneten Produkte der nach Altersgruppen aufgeteilten Verordnungsfälle des Vertragsarztes mit der je Altersgruppe errechneten Heilmittelkosten pro Verordnungsfall der Prüfgruppe (SOLL=100 %). ⁴Es gibt 4 Altersgruppen: Altersgruppe 1: 0 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, Altersgruppe 2: Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr, Altersgruppe 3: Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr, Altersgruppe 4: ab Beginn des 76. Lebensjahres. ⁵Die gewichtete Abweichung wird in vom Hundert ausgewiesen. ⁶Bei der Beurteilung einer Auffälligkeit bei der Verordnung von Heilmitteln werden nach der Ermittlung der Verordnungswerte in Euro aller Vertragsärzte, die Vertragsärzte ermittelt, die den statistischen Mittelwert der Prüfgruppe um mehr als 50% überschreiten. ⁷Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise richtet sich bei der Verordnung von Heilmitteln nach den in Anlage 7 und bei der Verordnung von Arzneimitteln bei den in der Anlage 6 genannten Prüffeldern / Aufgreifkriterien.

Anlage 3 – Leistungsgruppen

Einteilung der Leistungsgruppen für die Auffälligkeitsprüfung der Behandlungsweise

Zur Durchführung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise werden die Leistungspositionen zu folgenden Leistungsgruppen (LG) zusammengefasst:

LSTGR 01	GRUNDLEISTUNGEN
LSTGR 02	BESUCHE/VISITEN
LSTGR 03	BERATUNGS- UND BETREUUNGSGRUNDLEISTUNGEN
LSTGR 04	ALLGEMEINE LEISTUNGEN
LSTGR 05	MUTTERSCHAFTSVORSORGE
LSTGR 06	FRÜHERKENNUNG
LSTGR 07	SONSTIGE HILFEN
LSTGR 08	SONDERLEISTUNGEN
LSTGR 09	PHYS.-MED. LEISTUNGEN
LSTGR 10	GESAMT BASIS-LABOR
LSTGR 10/_	LABOR/WIRTSCHAFTLICHKEITSBONUS UNABGESTAFFELT
LSTGR 10/1	BASIS-LABOR MIT AUSNAHMEINDIKATION
LSTGR 10/2	BASIS-LABOR OHNE AUSNAHMEINDIKATION
LSTGR 11	GESAMT SPEZIAL-LABOR
LSTGR 11/1	SPEZIAL-LABOR MIT AUSNAHMEINDIKATION
LSTGR 11/2	SPEZIAL-LABOR OHNE AUSNAHMEINDIKATION
LSTGR 12	BILDGEBENDE VERFAHREN
LSTGR 13	OPERATIONEN/ANÄSTHESIEN/ÜBERWACHUNGSLEISTUNGEN
LSTGR 14	KOSTEN/PAUSCHALERSTATTUNGEN
LSTGR 15	IMPFUNGEN (falls vertragsärztliche Leistung)
LSTGR 16	DMP-LEISTUNGEN

Anlage 4 – Gesamtübersicht der Abrechnungswerte

Gesamtübersicht der Abrechnungswerte der Vertragsärzte zur Auffälligkeitsprüfung der Behandlungsweise

In der Gesamtübersicht werden die Abrechnungsdaten der Vertragsärzte für Versicherte der GKV erfasst. Die Erstellung dieser Statistik erfolgt je Kassenart und GKV (Gesamt).

Kopf der Statistik:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, Quartal, BSNR (numerisch), Prüfgruppe (PG, numerisch und im Klartext), LANR (numerisch), Name und Vorname des Vertragsarztes, Praxisanschrift, Kassenart, Behandlungsart, Erstelldatum, Seitenzahl (x von x).

Deckblatt:

Das Deckblatt der Prüfstatistik enthält die LANR und Namen der in der entsprechenden PG der BSNR tätigen Ärzte.

1. Allgemein

Die Gesamtübersicht beinhaltet den Leistungsbedarf eines Vertragsarztes aufgeteilt nach den ihm zugeordneten Prüfgruppen getrennt nach ambulanter und stationärer Behandlungsart und innerhalb dieser getrennt nach den verschiedenen Leistungsgruppen. Dabei wird je Leistungsgruppe ein Vergleich zu den Durchschnittswerten der entsprechenden Prüfgruppe vorgenommen.

Auf Seite 2 werden die Gesamtfallzahlen je Vertragsarzt und ggf. zusätzlich je Einzelarzt gedruckt. Die Arztfallzahlen werden getrennt nach den 4 Altersgruppen (Altersgruppe 1: 0 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, Altersgruppe 2: Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr, Altersgruppe 3: Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr, Altersgruppe 4: ab Beginn des 76. Lebensjahres) sowie die Summen der Altersgruppen ausgewiesen.

Ferner werden Durchschnittsfallzahlen der dem Vertragsarzt zugeordneten Prüfgruppe je Vertragsarzt und ggf. je Einzelarzt ausgewiesen. Ebenso werden die Abweichungen der einzelnen Praxis in Prozent gegenüber seiner Prüfgruppe ausgewiesen. Im rechten Block erfolgt der Ausdruck der Fallzahlen der Prävention und der Sonstigen Hilfen, ebenfalls getrennt in die 4 Altersgruppen und insgesamt.

Den Werten des Vertragsarztes folgen jeweils die durchschnittlichen Werte der Prüfgruppe.

Es bestehen folgende Grundsätze der Fallzählung:

- a. Kurative Fälle generieren sich aus den LG 1 bis 4 und 8 bis 13
- b. Mutterschaftsvorsorgefälle generieren sich aus der LG 5
- c. Früherkennungsfälle generieren sich aus der LG 6
- d. Sonstige Hilfenfälle generieren sich aus der LG 7
- e. Impffälle generieren sich aus der LG 15

Aus allen übrigen LG generiert sich keine Fallzählung.

2. Datenstand

Im Listenkopf ist ein Textfeld vorzusehen aus dem der Bearbeitungsstand der ausgewerteten Daten ersichtlich ist.

3. 5-Praxen-Regel

Bei Prüfgruppen aus weniger als 5 Fachärzten sind die Vergleichswerte in den Statistiken aus Datenschutzgründen auszublenden.

4. Reihenfolge der Darstellung der Leistungsgruppen in der Gesamtübersicht

Die Leistungsgruppen sind in folgender Reihenfolge mit folgender Bezeichnung darzustellen:

LG 01	Grundleistungen
LG 02	Besuche/Visiten
LG 03	Ber. u. Betr. Grundleistungen
LG 04	Allgemeine Leistungen
LG 08	Sonderleistungen
LG 09	Phys.-med. Leistungen
LG 12	Bildgebende Verfahren u.ä.
LG 13	OP-/Narkose-/Überwach.-L.

Summe Kurativ (wird mit „4“ markiert)

LG 07 Sonstige Hilfen

Summe Kurativ + Sonstige Hilfen
(wird mit „4“ markiert)

incl. Wirtschaftlichkeitsbonus Labor unabgestaffelt

LG 10 Basis-/Allg. Laboruntersuchungen

Anmerkung zu den Basis-/Allg. Laboruntersuchungen:
In der Gesamtübersicht werden die aggregierten Werte aus den beiden WP-
Untergruppen LSTGR 10/1 und LSTGR 10/2 ausgewiesen.

LG 11	Spez. Laboruntersuchungen
LG 14	Kosten/Pauschalerstattungen
LG 15	Impfungen (falls vertragsärztliche Leistung)
LG 05	Mutterschaftsvorsorge
LG 06	Früherkennung

Anmerkung zu den Speziellen Laboruntersuchungen:
In der Gesamtübersicht werden die aggregierten Werte aus den beiden WP-
Untergruppen LSTGR 11/1 und LSTGR 11/2 ausgewiesen.

Im Block „Erläuterungen“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen
durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.

5. Gesamtübersicht der Abrechnungswerte je Vertragsarzt

Der Ausdruck erstreckt sich auf zwei Seiten.

Inhalt der Seite 1:

Die Inhalte der Kopfzeilen werden mit jeweils aktuellem Stand protokollarisch festge-
halten:

Im weiteren Ausdruck werden die Leistungsgruppen wie folgt ausgewiesen:

Spalte 1:	Die Leistungsgruppe mit der entsprechenden Kurzbezeichnung ist schon auf dem Formular eingedruckt.
Spalte 2:	Leistungsbedarf der Altersgruppe 1
Spalte 3:	Leistungsbedarf der Altersgruppe 2
Spalte 4:	Leistungsbedarf der Altersgruppe 3
Spalte 5:	Leistungsbedarf der Altersgruppe 4
Spalte 6:	Leistungsbedarf der 4 Altersgruppen, d.h., die Summe der Spalten 2 bis 5.
Spalte 7:	Durchschnittlicher Leistungsbedarf der Praxis bei dieser Leistungs- gruppe. Rechengang: Leistungsbedarf (Spalte 6), geteilt durch Anzahl der Fälle der Leistungsart (siehe Blatt 2 der Gesamtübersicht).

- Spalte 8: Durchschnittlicher Leistungsbedarf der Prüfgruppe bei der entsprechenden Leistungsart.
- Spalte 9: Durchschnittlicher gewichteter Leistungsbedarf der Prüfgruppe. Der gewichtete Prüfgruppenwert berücksichtigt die unterschiedlichen Altersgruppenanteile (1 bis 4) beim jeweiligen Vertragsarzt im Vergleich zum Durchschnitt der Prüfgruppe. Die Berechnung der gewichteten Abweichung ist in Anlage 2d) beschrieben.
- Spalte 10 Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Prüfgruppe in €.
- Spalte 11: Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Prüfgruppe in Prozent.
Ergibt sich in der Spalte 10 eine Abweichung von mehr als +9.999,9 %, werden in der jeweiligen Spalte anstelle des Prozentwertes Platzhalter ('*****') eingedruckt.
- Spalte 12: Bemerkung

Die kurativen Leistungsgruppen werden in einer Summenzeile zusammengefasst.

Des weiteren wird die Summe der Leistungsarten „Kurativ“ incl. „Sonstige Hilfe“ sowie „Kurativ“ incl. „Sonstige Hilfe“ und „incl. Wirtschaftlichkeitsbonus Labor unabgestaffelt“ in einer Zeile ausgegeben. Bei der Berechnung der Falldurchschnitte werden hier die kurativen Fälle und die reinen Fälle der Sonstigen Hilfen berücksichtigt.

Inhalt der Seite 2:

Die Kopfzeilen entsprechen Seite 1.

Im linken Bereich der Statistik erfolgt der Ausdruck der kurativen Fallzahlen getrennt nach den 4 Altersgruppen sowie die jeweilige Gesamtsumme.

Die Gesamtfallzahl des Vertragsarztes ist in folgende Fallzahlen aufgegliedert:

- Originalfälle
- Überweisungsfälle:
 - Zielaufträge
 - Laboraufträge
 - Überweisungsfälle zur konsiliarärztlichen Untersuchung
 - Überweisungsfälle zur Mitbehandlung, Weiterbehandlung oder aus sonstigen Gründen
- Vertreterfälle
- Notfälle

Die Gesamtfallzahlen werden je Vertragsarzt und ggf. Einzelarzt pro Praxis ausgewiesen. Es folgen Durchschnittsfallzahlen der Prüfgruppe je Vertragsarzt und bei mehreren Ärzten je Einzelarzt.

In der Folgezeile wird die Abweichung der Fallzahl des einzelnen Vertragsarztes gegenüber seiner Prüfgruppe in Prozent dargestellt. In der nachstehenden Zeile erfolgt der Ausdruck des prozentualen Anteils der 4 Altersgruppen an der Gesamtfallzahl der Praxis.

Unterhalb werden die entsprechenden Altersgruppenanteile der jeweiligen Prüfgruppe sowie die prozentuale Abweichung des Vertragsarztes gegenüber seiner Prüfgruppe ausgewiesen.

Im rechten Teil erfolgt der Ausdruck der Fallzahlen der Prävention und der Sonstigen Hilfen, ebenfalls getrennt in die 4 Altersgruppen und Gesamt.

Die Fallzahlen sind wie folgt gegliedert:

- Fälle der Mutterschaftsvorsorge
- Fälle der Früherkennung
- Fälle der Sonstigen Hilfe
- Impfungen (falls vertragsärztliche Leistung)

Die Werte der Praxis werden getrennt nach reinen Fällen und darunter gesamt, die durchschnittlichen Werte der Prüfgruppe, danach folgend nur gesamt dargestellt.

In einem eigenen Block wird die Summe der Fälle aus ambulant-kurativen Fällen und den reinen Fällen aus Prävention und Sonstigen Hilfen dargestellt.

Anlage 5 – Häufigkeitsstatistik der Abrechnungswerte

Häufigkeitsstatistik der Abrechnungswerte der Vertragsärzte zur Auffälligkeitsprüfung der Behandlungsweise

In der Häufigkeitsstatistik werden die Abrechnungsdaten der Vertragsärzte für Versicherte der GKV erfasst. Die Erstellung dieser Statistik erfolgt je Kassenart und GKV (Gesamt).

Deckblatt:

Das Deckblatt der Prüfstatistik enthält die LANR und Namen der in der entsprechenden Prüfgruppe der BSNR tätigen Ärzte.

1. Allgemeines

Die Häufigkeitsstatistik beinhaltet alle abgerechneten Gebührenordnungspositionsnummern (GOP) eines Vertragsarztes, getrennt nach den verschiedenen Leistungsgruppen. Dabei wird je GOP ein Vergleich zu den Durchschnittswerten der entsprechenden Prüfgruppe vorgenommen, soweit der Vertragsarzt die jeweilige GOP angesetzt hat.

Die Vergleichswerte für die Prüfung werden nach Prüfgruppen je Quartal aus den Abrechnungswerten aller dazugehörigen bayerischen Vertragsärzte errechnet.

Die Daten werden getrennt nach ambulant und stationär ausgewiesen. Die Nachträge werden pro Quartal analog verarbeitet.

Hinweis: Die Einteilung der Leistungs-/Untergruppen kann von der Einteilung der Abrechnung abweichen (z.B. Labor).

2. 5-Praxen-Regel

Bei Prüfgruppen mit weniger als 5 Vertragsärzten sind die Vergleichswerte in den Statistiken aus Datenschutzgründen auszublenden.

3. Kopf der Statistik

Die Inhalte der Kopfzeilen werden mit jeweils aktuellem Stand protokollarisch festgehalten:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, Quartal, BSNR (numerisch), Prüfgruppe (PG, numerisch und im Klartext), LANR (numerisch), Name und Vorname des Vertragsarztes, Praxisanschrift, Kassenart, Behandlungsart, Erstelldatum, Seitenzahl (x von x)

Fallzahlen: Hier werden die Fallzahlen der verschiedenen Leistungsarten ausgewiesen. Die Ermittlung für die jeweilige Fallzahl ist abhängig von der in den GO-Stammdaten gespeicherten Leistungsgruppe der zur Abrechnung gelangten Leistung (GOP) und erfolgt nach folgendem Schema:

Kurativ: LG 01 – 04, 08 – 12, 13
 Mutterschaftsvorsorge: LG 05
 Früherkennung: LG 06
 Sonstige Hilfen: LG 07
 Impfungen: LG 15 (falls vertragsärztliche Leistung)
 Kassenart: gesetzliche Krankenkassen (= GKV)
 Behandlungsart: Ambulant oder stationär
 Seite: Erfolgt innerhalb des Vertragsarztes und der Kasse ein Behandlungsartwechsel, wird mit der Fallzählung von vorn begonnen.

Quartal: Abrechnungsquartal; bei Nachträgen wird das jeweilige Leistungsquartal mit ausgewiesen.

4. Spalteneinteilung:

Im weiteren Ausdruck werden die Gebührenordnungspositionsnummern wie folgt ausgewiesen:

Spalte 1:	GOP	jeweilige Gebührenordnungspositionsnummer
Spalte 2	Häufigkeit Arzt	Häufigkeit des Ansatzes der GOP
Spalte 3	Wert GOP in €	Bewertung der GOP nach EBM
Spalte 4	Gesamtbetrag GOP in €	Spalte 2 multipliziert mit Spalte 3
Spalte 5	€ je Fall Arzt	Fallwert Arzt; Spalte 4 geteilt durch die Gesamtfallzahl (GFZ)
Spalte 6	€ je Fall PG	Fallwert der Prüfgruppe
Spalte 7	Ansatz in Fällen	Anzahl der Fälle (FZ), bei der die GOP angesetzt wurde (= betroffene Fälle)
Spalte 8	Leistungen je Fall Arzt	Häufigkeit der abgerechneten GOP je Fall; Spalte 2 geteilt durch Spalte 7
Spalte 9	Ansatz in % Fallzahl Arzt	Anteil der betroffenen Fälle im Verhältnis zur GFZ; Prozentualer Anteil Spalte 7 an GFZ

Spalte 10	Ansatz in % Fallzahl PG	Prüfgruppenwert
Spalte 11	Häufigkeit/100 Fälle Arzt	Häufigkeit der GOP auf 100 Fälle; Spalte 2 geteilt durch GFZ mal 100
Spalte 12	Abweichung der Praxis in %	Gewichtete prozentuale Abweichung Fallwert Arzt (Spalte 5) von Fallwert Prüfgruppe (Spalte 6)
Spalte 13	Ansatz in % bei Praxen	prozentualer Anteil der Praxen der je- weiligen PG, die die jeweilige GOP ab gerechnet haben

5. Reihenfolge der Darstellung der Leistungsgruppen in der Häufigkeitsstatistik:

LSTGR 01	Grundleistungen
LSTGR 02	Besuche/Visiten
LSTGR 03	Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen
LSTGR 04	Allgemeine Leistungen
LSTGR 08	Sonderleistungen
LSTGR 09	Phys.-Med. Leistungen
LSTGR 10/_	Labor- Ausnahmeziffern; Wirtschaftlichkeitsbonus unabgestaffelt
LSTGR 12	Bildgebende Verfahren (z.B. Sonographie, Röntgen, etc)
LSTGR 13	Operationen/Anästhesien/Überwachungsleistungen
Leistungen Kurativ	(LSTGR 01 bis 04, 08, 09, 12, 13 (ohne Versichertenpauschale und Wirtschaftlichkeitsbonus)
Leistungen Kurativ	(LSTGR 01 bis 04, 08, 09, 12, 13 (mit Versichertenpauschale und Wirtschaftlichkeitsbonus)
LSTGR 07	Sonstige Hilfen
LSTGR 10/1	Basis-Labor mit Ausnahmeindikation
LSTGR 10/2	Basis-Labor ohne Ausnahmeindikation

Anmerkungen zur Leistungsgruppe 10 Basis/Allg. Laboruntersuchungen:

Die Leistungen aus dem Bereich Basis/Allg. Laboruntersuchungen umfassen die Leistungen aus dem Kapitel **32.2 EBM**.

In der Häufigkeitsstatistik werden die Allgemeinen Laboruntersuchungen 3-geteilt dargestellt:

In der Leistungsuntergruppe 10/1 (Basis-Labor mit Ausnahmeindikation) werden alle Laborleistungen des Kapitels **32.2 EBM** aufgelistet, die in Zusammenhang mit den Ausnahmeziffern (32005 – 32023) bei den einzelnen Patienten abgerechnet wurden.

In der Leistungsuntergruppe 10/2 (Basis-Labor ohne Ausnahmeindikation) werden alle Laborleistungen des Kapitels **32.2 EBM** aufgelistet, die **nicht** in Zusammenhang mit den Ausnahmeziffern (32005 – 32023) bei den einzelnen Patienten abgerechnet wurden.

Die Summe der Leistungen sowie die Gesamtanforderungen aus den Leistungsgruppen 10/1 und 10/2 werden in der Häufigkeitsstatistik unter LSTGR 10 Gesamt Basis-Labor ausgewiesen. Zusätzlich wird auch der Durchschnittswert € je Fall (Berechnungsformel: Betrag in €: Fallzahl kurativ) mit einer Genauigkeit von 2 Stellen hinter dem Komma ausgewiesen.

LSTGR 10	Gesamt Basis-Labor
LSTGR 11/1	Spezial-Labor mit Ausnahmeindikation
LSTGR 11/2	Spezial-Labor ohne Ausnahmeindikation
LSTGR 11	Gesamt Spezial-Labor

Anmerkungen zur Leistungsgruppe 11 Spezielle Laboruntersuchungen:

In der Häufigkeitsstatistik wird das Speziallabor ebenfalls 3-geteilt dargestellt:

In der Leistungsuntergruppe 11/1 (Spezial-Labor mit Ausnahmeindikation) werden alle Laborleistungen des Kapitels 32.3 EBM aufgelistet, die in Zusammenhang mit den Ausnahmeziffern (32005 – 32023) bei den einzelnen Patienten abgerechnet wurden.

In der Leistungsgruppe 11/2 (Spezial-Labor ohne Ausnahmeindikation) werden alle Laborleistungen des Kapitels 32.3 EBM aufgelistet, die **nicht** in Zusammenhang mit den Ausnahmeziffern (32005 – 32023) bei den einzelnen Patienten abgerechnet wurden.

Die Summe der Leistungen, sowie die Gesamtanforderungen aus den Leistungsgruppen 11/1 und 11/2 werden in der Häufigkeitsstatistik unter LSTGR 11 Gesamt Spezial-Labor ausgewiesen. Zusätzlich wird auch der Durchschnittswert € je Fall (Berechnungsformel: Betrag in € : Fallzahl kurativ) mit einer Genauigkeit von 2 Stellen hinter dem Komma ausgewiesen.

LSTGR 14	Kosten/Pauschalerstattungen
----------	-----------------------------

LSTGR 15*	Impfungen
LSTGR 16**	DMP-Leistungen
LSTGR 05	Mutterschaftsvorsorge
LSTGR 06	Früherkennung

* falls vertragsärztliche Leistung

** wird nicht ausgeführt, da nicht prüfrelevant

5. Im Block „Erläuterungen“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.

Anlage 6 - Prüfung der ärztlichen Ordnungsweise für Arzneimittel (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung gemäß § 17)

Die qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Arzneimittel nach § 17 erfolgt durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern mittels einer repräsentativen Einzelfallprüfung im jeweiligen Prüffeld und insbesondere nach folgenden Prüffeldern:

- 1) Wirtschaftliche Alternativen nach Tagestherapiekosten und Gesamtbehandlungsdauer in den ordnungsrelevanten Wirkstoffgruppen der Arztpraxis
 - a) 1Die Vertragspartner legen diejenigen Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen fest (Anlage 6a), die aufgrund bestehender Einsparpotenziale hinsichtlich wirtschaftlicher Alternativen nach Tagestherapiekosten und Gesamtbehandlungsdauer als Auffälligkeitskriterium herangezogen werden. 2Die Festlegung erfolgt erstmalig zum Inkrafttreten dieser Anlage. 3Die Vertragspartner prüfen halbjährlich die Aktualität der herangezogenen Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen und nehmen ggf. eine Anpassung vor, ohne dass es einer Kündigung dieser Vereinbarung bedarf. 4Über die festgelegten Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen sowie die unter b) festgelegten Auffälligkeitsgrenzen informiert die KVB die Ärzte vor Inkrafttreten dieser Anlage per Rundschreiben und auf der Homepage der KVB. 5Gleiches gilt für Anpassungen nach Satz 3. 6Verständigen sich die Vertragspartner nicht rechtzeitig vor Quartalsbeginn auf diejenigen Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen und der festzulegenden Auffälligkeitsgrenzen und/oder informiert die KVB nicht oder nicht rechtzeitig über die festgelegten Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen und/oder den festzulegenden Auffälligkeitsgrenzen, dann gelten die zwischen den Vertragspartner bereits festgelegten und von der KVB bekanntgegebenen Werte fort.
 - b) 1Innerhalb jedes Wirkstoffs und/oder Wirkstoffgruppe aus a) werden die Bruttokosten jeder Packung je DDD, ggf. korrigiert um unterschiedliche Anwendungsdauern, für jedes Arzneimittel ausgewiesen. 2Je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe wird ein Wert in Euro je DDD festgelegt, der die Auffälligkeitsgrenze markiert (Anlage 6a). 3Die Auffälligkeitsgrenze markiert den untersten Betrag der 10% Arzneimittel mit den höchsten Kosten pro DDD. 4Ein Muster für diese Darstellung liegt als Anlage 6b bei.
 - c) Je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe aus a) wird je Vertragsarzt der Anteil an den insgesamt verordneten Packungen ermittelt, deren Bruttokosten je DDD über der Auffälligkeitsgrenze aus b) liegen.
 - d) Überschreitet ein Vertragsarzt für einen oder mehrere Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen den Anteil aus c) um mehr als 20% erfolgt eine Ausweisung des Arztes in der Auswahlliste.
 - e) Unberücksichtigt bleiben dabei Vertragsärzte mit einem Ordnungsvolumen von unter 500 DDD je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe.
 - f) Rabattverträge sind entsprechend zu berücksichtigen.

2) Verordnung von therapiegerechten Packungsgrößen

- a) Je Vertragsarzt wird je verordnungsrelevantem Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe das Verhältnis seiner verordneten Packungen nach N1, N2, N3 ermittelt.
- b) Das Ergebnis der Ermittlung aus a) (z.B. Verordnung nicht therapiegerechter Packungsgrößen) je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe wird in die Beurteilung nach dem Prüffeld 1) mit einbezogen.

3) Prüfung auf Häufigkeit des Abgabeausschlusses preisgünstigerer Arzneimittel (Kennzeichnung Aut-Idem Feld; § 11 Abs. 3 AM-RL)

- a) Aus den von den kassenseitigen Vertragspartnern gelieferten Daten, wird je Vertragsarzt und je Prüfgruppe der Anteil der mit Aut-Idem gekennzeichneten nichttrabattierten Arzneimittelpackungen an allen abgegebenen Arzneimittelpackungen ermittelt.
- b) Je Vertragsarzt wird die Abweichung in Prozent zum Wert der Prüfgruppe ermittelt.
- c) Ist eine Überschreitung aus Buchstabe b) größer/gleich 30% erfolgt die Ausweisung des Vertragsarztes in der Auswahlliste.

4) Indikationsgerechter Einsatz hochpreisiger Arzneimittel

¹Aus den von den kassenseitigen Vertragspartnern gelieferten Daten werden je Vertragsarzt diejenigen Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen ermittelt, deren Bruttokosten 100 € pro DDD übersteigen. ²Diese werden mit den jeweiligen Verordnungsmengen und -kosten in der Auswahlliste ausgewiesen.

5) Prüfung auf therapiegerechte und rationale Verordnung von Verbandmitteln

- a) Aus den von den kassenseitigen Vertragspartnern gelieferten Daten, wird je Vertragsarzt aus allen auf den Namen des Versicherten verordneten Verbandmitteln (Warengruppenschlüssel BA01* im ABDA-Artikelstamm) der Anteil der darauf entfallenden Bruttokosten am Gesamtverordnungsvolumen des Vertragsarztes für Arzneimittel und Verbandmittel (inkl. der von der Wirkstoffvereinbarung erfassten Verordnungen; ohne Sprechstundenbedarf) ermittelt.
- b) Sofern der prozentuale Anteil aus Buchstabe a) größer/gleich 10% ist, erfolgt die Ausweisung des Vertragsarztes in der Auswahlliste.

6) Analyse hinsichtlich Polymedikation im geriatrischen Bereich

Die Vertragspartner regeln das Nähere gesondert.

- 7) Prüfung der Einhaltung der Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele der Arzneimittelvereinbarung nach § 84 SGB V im Bereich der KV Bayerns in der jeweils gültigen Fassung.

Aufgrund des verzögerten Abschlusses der Arzneimittelvereinbarung (AMV) für das Jahr 2017 sehen die Vertragspartner es als sachgerecht an, entsprechende Aufgreifkriterien erst für das Verordnungsquartal ab 1/2018 zu vereinbaren.

- 8) Beachtung von Therapiehinweisen der Krankenkassen und der KVB gemäß §73 Abs. 8 SGB V

¹Die Vertragspartner stellen der Prüfungsstelle für jedes Prüfquartal eine Auswahl von Arzneimitteln, für die für das Prüfquartal relevante Therapiehinweise nach § 73 Abs. 8 SGB V vorliegen zur Verfügung. ²Die Prüfungsstelle prüft dieses Prüffeld bei allen Vertragsärzten mit, die die Voraussetzungen für eine Prüfung erfüllen.

Sofern im Rahmen der Prüfung der Verordnungsweise Arzneimittel des Vertragsarztes weitere offensichtliche Unwirtschaftlichkeiten oder Unplausibilitäten festgestellt werden (z.B. Einhaltung der G-BA-Beschlüsse im Rahmen der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V), sind diese in die Prüfung sowie in die Prüfungsmaßnahme einzubeziehen.

Protokollnotiz:

¹Nach Vorliegen der Auswertungen zu den Aufgreifkriterien, wie sie in den Prüffeldern 1 bis 8 beschrieben sind, prüfen die Vertragspartner, ob und ggf. wie viele Vertragsärzte in die Prüfung einbezogen werden. ²Dabei ist zu berücksichtigen, dass Vertragsärzte nur dann in die Prüfung kommen, wenn sie die Aufgreifkriterien mehrerer Prüffelder erfüllen.

³Sofern aus dem Vergleich mit Erfahrungswerten der Nummer 2 „Verordnung von therapiegerechten Packungsgrößen“ erkennbar wird, dass in einer Wirkstoffgruppe ein unwirtschaftlicher Mix von Packungsgrößen vorliegt, erfolgt die Ausweisung des Vertragsarztes in der Auswahlliste.

6a) Festlegung der verordnungsrelevanten Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen zur Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise für Arzneimittel

Für die Prüfung des Prüffeldes 1) der Anlage 6 legen die Vertragspartner die nachfolgend aufgelisteten Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen (außerhalb der Wirkstoffvereinbarung) fest:

ATC-Code	Wirkstoff / Wirkstoffgruppe
AA03F	Prokinetika
AA04A	Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit (nur zytobedingtes Erbrechen)
AA06A, AV04C	Mittel gegen Obstipation
AA07A	intestinale Antiinfektiva
AA07E	intestinale Antiphlogistika
AB03AA, AB03AD	eisenhaltige Zubereitungen (oral)
AB03AC	eisenhaltigen Zubereitungen (parenteral)
AC01B	Antiarrhythmika der Klassen I und III
AD05B	Antipsoriatika zur system. Anwendung
AD07A	Corticosteroide, rein
AH01A	Hypophysenvorderlappenhormone und Analoga
AH01C	Hypothalamushormone (Therapiezyklus beachten!!)
AH05B	Nebenschilddrüsenhormonantagonisten
AJ05A	direkt wirkende antivirale Mittel
AM03B	Muskelrelaxantien, zentral wirkend
AM04A	Gichtmittel
AN07C	Antivertiginosa
AR05C	Expektorantien, excl. Kombi mit Antitussiva (ohne Pulmozyme, ohne Säfte)
AR05D	Antitussiva, excl. Kombi mit Expektorantien
AR06A	Antihistaminika zur system. Anwendung

6b) Musterbeispiel zur Festlegung der Auffälligkeitsgrenze am Beispiel des Wirkstoffs bzw. Wirkstoffgruppe der Gichtmittel (ATC: AM04A) zur Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise für Arzneimittel

1Für die Prüfung des Prüffeldes 1) der Anlage 6 wird durch die Vertragspartner die jeweilige Auffälligkeitsgrenze mit einem Wert in Euro je DDD der gemäß Anlage 6a) festgelegten Wirkstoffe und/oder Wirkstoffgruppen festgelegt. 2Die Auffälligkeitsgrenze markiert den untersten Betrag der 10% Arzneimittel mit den höchsten Kosten pro DDD. 3Als auffällig gilt der Vertragsarzt, der die festgelegte Auffälligkeitsgrenze je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe um mehr als 20% überschreitet. 4Am Beispiel der Gichtmittel (ATC: AM04A) wird hier dargestellt, wie die Auffälligkeitsgrenze ermittelt wird.

Allgemein:

Auflisten aller Arzneimittel dieser Indikationsgruppe, Ranking nach Kosten pro DDD:

	Bruttokosten je DDD	
Packung 1	5,50 €	} Anzahl der nach DDDs teuersten Packungen als Grenze
Packung 1	5,40 €	
Packung 2	5,20 €	
Packung 3	4,80 €	
Packung 4	4,50 €	Prüfung, welche Praxis mehr als 20% aller verordneten Packungen aus dem teuren (rot) Segment verordnet hat
Packung 5	4,30 €	
Packung 6	2,90 €	
Packung 7	2,85 €	
Packung 8	
	usw.	

Ermittlung der Auffälligkeitsgrenze:

Wirkstoff/Wirkstoffgruppe: Gichtmittel

Produktname	VO-Kosten Packung	DDD	verordnete DDD	VO-Kosten gesamt	Anzahl VO	Anzahl VO kumuliert	Preis/DDD	
Probenecid Biokanol Tabletten	29,61	30	15,00	1.350,00	2.664,90	90	90	1,9740
COLCHICUM DISPERT	19,10	20	10,00	323.250,00	617.407,50	32.325	32.415	1,9100
Probenecid 500 mg	93,17	100	50,00	250,00	465,85	5	32.420	1,8634
Adenuric 80 mg	46,74	28	28,00	520.520,00	868.896,60	18.590	51.010	1,6693
Adenuric 80 mg MPAPH	46,41	28	28,00	80.220,00	132.964,65	2.865	53.875	1,6575
Adenuric 120 mg Eurim	132,80	84	84,00	22.260,00	35.192,00	265	54.140	1,5810
Allopurinol 100 Heumann	11,75	30	7,50	22.462,50	34.590,65	2.995	57.135	1,5667
Probenecid Biokanol Tabletten	70,35	100	50,00	31.250,00	43.968,75	625	57.760	1,4070
Probenecid Weimer	70,35	100	50,00	250,00	351,75	5	57.765	1,4070
Adenuric 80 mg	117,19	84	84,00	7.809.480,00	10.895.154,30	92.970	150.735	1,3951
Adenuric 80 mg Orifarm	117,17	84	84,00	2.100,00	2.929,25	25	150.760	1,3949
Adenuric 80 mg Filmtabletten MPA Pharma	117,13	84	84,00	912.240,00	1.272.031,80	10.860	161.620	1,3944

.. usw. – es folgen weitere 50 Präparate mit entsprechender Listung
Gesamte VO Gichtmittel: 1.364.295

Auffälligkeitsgrenze bei 10% der teuersten Packungen

Anlage 7 - Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise für Heilmittel (qualifizierte Auffälligkeitsprüfung gemäß § 20 PV)

1Die qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Heilmittel nach § 20 erfolgt durch die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern auf der Basis der HM-RL, insbesondere nach den hier genannten Prüffeldern. 2Hierbei ist Grundlage der Verordnungsfall. 3Dabei werden alle Versicherten eines Vertragsarztes, für die Verordnungen durch den Vertragsarzt ausgestellt werden, berücksichtigt. 4Alle prüfrelevanten Verordnungen für einen Versicherten werden zu einem Verordnungsfall zusammengefasst. 5Ausschlaggebend für die Quotenbemessung in allen Prüffeldern ist das Ausstellungsdatum der Verordnung. 6Die Prüfung findet nach einer strengen Einzelfallprüfung statt. 7Die Prüfung innerhalb der einzelnen Prüffelder erfolgt erst bei einer Mindestmenge von 10 Verordnungen (Rezepte) mit Ausstellungsdatum im betroffenen Quartal.

- 1) Einzelfallprüfung bei Vertragsärzten, die vermehrt Fango und Massagen verordnen
 - Anteil Fango größer/gleich 25% an seinen physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen
 - Anteil Massagen größer/gleich 25% an seinen physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen

- 2) Einzelfallprüfung bei Vertragsärzten, die häufig teurere optionale bzw. auch ergänzende Heilmittel (auch mehrere) verordnen
 - Prüfung, wenn je Vertragsarzt mehr als 15% teurere optionale Heilmittel gegenüber den vorrangigen Heilmitteln verordnet werden (Menge der Anzahl an Heilmittelpositionsnummern)
 - Prüfung, wenn je Vertragsarzt mehr als 50% ergänzende Heilmittel gegenüber seinen Gesamtheilmittelverordnungen verordnet werden (Menge der Anzahl an Heilmittelpositionsnummern).

- 3) Einzelfallprüfung bei Vertragsärzten, die die zulässige Verordnungsmengen überschreiten
 - Prüfung je Vertragsarzt der Überschreitung der zulässigen Gesamtverordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen innerhalb des Regelfalls von mehr als 15%

- 4) Einzelfallprüfung von Verordnungen bei Vertragsärzten in Kurorten
 - Prüfung, wenn je Kur- und Badearzt mehr als 30% seiner Verordnungen nach HM-RL im Verhältnis der Gesamtverordnungsmenge (einschließlich Heilmittelverordnungen im Rahmen der ambulanten Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Abs. 2 SGB V) erfolgen.
 - Die kassenseitigen Vertragspartner liefern die Verordnungsdaten für Leistungen, die gemäß § 23 Abs. 2 SGB V verordnet wurden, im gleichen Format wie die Verordnungsdaten, die gemäß § 296 SGB V geliefert werden.

5) Einzelfallprüfung: Verordnung kostenintensiver Heilmittel anstelle von kostengünstigen Alternativen

- Prüfung je Vertragsarzt, ob das kostenintensive Heilmittel für das Erreichen des Therapieziele indiziert war
 - Prozentualer Anteil der manuellen Therapie (MT) an Krankengymnastik/MT-Gesamt größer/gleich 70%
 - Prozentualer Anteil von MLD 60 an MLD-Gesamt größer/gleich 70%.
 - Prozentualer Anteil Fango an Wärmetherapie-Gesamt größer/gleich 70%.

6) Einzelfallprüfung: Einzeltherapie anstelle Gruppentherapie

Derzeit ist dieses Prüffeld kein Auffälligkeitskriterium, allerdings wird die Entwicklung des Verhältnisses der Gruppentherapie zur Gesamtmenge der Verordnungen, für die eine Gruppentherapie zulässig wäre, durch die Vertragspartner beobachtet.

7) Einzelfallprüfung der medizinischen Notwendigkeit von verordneten Hausbesuchen

- Prüfung je Vertragsarzt, wenn der Anteil an Verordnungen für Heilmittel mit Hausbesuchen im Verhältnis zur Gesamtverordnungsanzahl größer/gleich 70% beträgt.

8) Einzelfallprüfung der medizinisch notwendigen Begründungen bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls auf Nachvollziehbarkeit (sinnvolle, ausreichende medizinische Begründung)

- Prüfung dieses Sachverhaltes nur im Zusammenhang mit einer Prüfung nach den Prüffeldern 1 bis 7, soweit Rezept-Images geliefert werden.

Sofern im Rahmen der Prüfung der Ordnungsweise Heilmittel des Vertragsarztes weitere offensichtliche Unwirtschaftlichkeiten oder Unplausibilitäten u.a. im Rahmen der Heilmittelrichtlinie in der jeweils gültigen Fassung festgestellt werden, sind diese in die Prüfung sowie in die Prüfungsmaßnahme einzubeziehen.

Protokollnotiz:

Nach Vorliegen der Auswertungen zu den Aufgreifkriterien, wie sie in den Prüffeldern 1 bis 8 beschrieben sind, prüfen die Vertragspartner, ob und ggf. wie viele Ärzte in die Prüfung einbezogen werden.

Anlage 8 - Verordnungsstatistiken

Statistiken über die Verordnungsweise der Vertragsärzte für Arznei- und Heilmittel zur qualifizierten Auffälligkeitsprüfung der Verordnungsweise

Für alle in Anlage 8 geregelten Verordnungsbereiche gilt:

¹Für die Quartalszuordnung und der Zuordnung zu den Altersgruppen ist der Tag der Ausstellung der Verordnung maßgebend.

²Grundsatz der Fallzählung ist, dass alle prüfrelevanten Verordnungen für einen Versicherten zu einem Verordnungsfall zusammengefasst werden. ³Dies gilt für alle nachfolgenden Statistiken. ⁴Die Erstellung dieser Statistiken erfolgt je Kassenart und GKV (Gesamt).

Deckblatt:

Das Deckblatt der Prüfstatistik enthält die LANR und Namen der in der entsprechenden Prüfgruppe der BSNR tätigen Ärzte.

8a) Arzneikostenstatistik

In der Arzneikostenstatistik werden die Kosten für Arznei- und Verbandmittel für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen erfasst.

Kopf der Statistik:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, Quartal, BSNR (numerisch), Prüfgruppe (PG, numerisch und im Klartext), LANR (numerisch), Name und Vorname des Vertragsarztes, Praxisanschrift, Kassenart, Behandlungsart, Arzneikosten Gesamt Brutto, Summe Gesamt Rabatt, Summe Gesamt Zuzahlungen, Arzneikosten Gesamt Brutto der WSV, Summe WSV Rabatt, Summe WSV Zuzahlungen, Arzneikosten Gesamt Brutto ohne WSV, Summe Rabatt ohne WSV, Summe Zuzahlungen ohne WSV, Erstellungsdatum, Seitenzahl (x von x)

1. Beschreibung der Spalten

Spalte 1: Summe je Kassenart und GKV

Spalte 2: Altersgruppe 1: 0 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in €
Altersgruppe 2: Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr in €
Altersgruppe 3: Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr in €
Altersgruppe 4: ab Beginn des 76. Lebensjahr in €
GB = Summe Brutto Kassenart/GKV in €
GR = Summe Rabatt Kassenart/GKV in €

GZ = Summe Zuzahlung Kassenart/GKV in €

- Spalte 3: Zahl der Verordnungsfälle
Berücksichtigt werden alle Versicherten eines Vertragsarztes, für die prüf-relevante Verordnungen durch den Vertragsarzt ausgestellt wurden. Da-bei werden alle Verordnungen für einen Versicherten zu einem Verord-nungsfall je Vertragsarzt zusammengefasst (= Zahl der Versicherten, für die Verordnungen ausgestellt wurden).
- Kopfzeile: Name des Wirkstoffs und/oder der Wirkstoffgruppe und deren Gesamt-kosten
- Spalte 4: Bruttokosten in € pro DDD je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe je Ver-tragsarzt (Anlage 6 Nr. 1)
- Spalte 5: Auffälligkeitsgrenze in € je DDD je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 1)
- Spalte 6: Abweichung je Vertragsarzt in € (Spalte 05 – Spalte 04) (Anlage 6 Nr. 1)
- Spalte 7: Abweichung je Vertragsarzt in % (Spalte 05 – Spalte 04)
(Anlage 6 Nr. 1)
- Spalte 8: Anzahl der Packungen insgesamt je Wirkstoffgruppe je Vertragsarzt
(Anlage 6 Nr. 2)
- Spalte 9: Prozentualer Anteil N1 je Wirkstoffgruppe je Vertragsarzt
(Anlage 6 Nr. 2)
- Spalte 10: Prozentualer Anteil N2 je Wirkstoffgruppe je Vertragsarzt
(Anlage 6 Nr. 2)
- Spalte 11: Prozentualer Anteil N3 je Wirkstoffgruppe je Vertragsarzt
(Anlage 6 Nr. 2)
- Spalte 12: Anzahl aller abgegebenen Arzneimittelpackungen je Vertragsarzt
(Anlage 6 Nr. 3)
- Spalte 13: Anzahl der mit Aut-Idem gekennzeichneten nichtrabattierten Arzneimit-telpackungen je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 3)
- Spalte 14: Anzahl aller abgegebenen Arzneimittelpackungen je Prüfgruppe
(Anlage 6 Nr. 3)
- Spalte 15: Anzahl der mit Aut-Idem nichtrabattierten gekennzeichneten Arzneimit-telpackungen je Prüfgruppe (Anlage 6 Nr. 3)
- Spalte 16: Abweichung je Vertragsarzt (Anzahl/Menge) zur Prüfgruppe (Spalte 13 – Spalte 15) (Anlage 6 Nr. 3)

- Spalte 17: Abweichung je Vertragsarzt in % zur Prüfgruppe der mit Aut-Idem nicht-rabbattierten gekennzeichneten Verordnungen (Anlage 6 Nr. 3)
- Spalte 18: Gesamtverordnungskosten je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe mit Bruttokosten größer 100 € je DDD je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 4)
- Spalte 19: Anzahl der Verordnungen je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe nach Spalte 18 je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 4)
- Spalte 20: Gesamtverordnungskosten der Verbandmitteln mit Warengruppen-schlüssel BA01* im ABDA-Artikelstamm in € je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 5)
- Spalte 21: Anteil in % je Vertragsarzt der hochpreisigen Verbandmittel (Verhältnis von Spalte 20 zu Brutto-Gesamtkosten aus Statistikkopfzeile) (Anlage 6 Nr. 5)
- Spalte 22–xx: Polymedikation im geriatrischen Bereich – derzeit nicht besetzt (Anlage 6 Nr. 6)
- Spalte xx-xx: Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele der Arzneimittelvereinbarung (AMV) - derzeit nicht besetzt (Anlage 6 Nr. 7)

2. Gliederung nach Kassenarten

Die Arzneikostenstatistik wird nach Kassenarten getrennt in folgender Reihenfolge ausgedruckt:

1. AOKen
2. Landwirtschaftliche Krankenkasse
3. Innungskrankenkassen
4. Betriebskrankenkassen
5. Knappschaft
6. Ersatzkassen.

3. Im Block „Erläuterungen“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.

4. Es erfolgt einer zeilenweiser Ausdruck der Spalten:

- Immer wenn Werte vorliegen
- Summenblock GKV
- Summenblock Kassenart

8b) Heilmittelstatistik, Krankenhauseinweisungen

1In der Heilmittelstatistik werden die Verordnungswerte für Heilmittel und Krankenhauseinweisung (KHE) für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen erfasst. 2Die Kosten für die in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015 in der jeweils gültigen Fassung (besondere Verordnungsbedarfe) sowie der in Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung (langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V) ausgewiesenen Diagnosen in Zusammenhang mit den festgelegten Indikationsschlüsseln und Spezifikationen, werden gesondert ausgewiesen. 3Mit Ausnahme des Summenblocks ‚Summe GKV Brutto‘ enthält die Statistik ausschließlich Nettowerte. 4Die Erstellung dieser Statistik erfolgt je Kassenart und GKV (Gesamt).

Kopf der Statistik:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, Quartal, BSNR (numerisch), Prüfgruppe (PG, numerisch und im Klartext), LANR (numerisch), Name und Vorname des Vertragsarztes, Praxisanschrift, Kassenart, Behandlungsart, Heilmittelkosten Gesamt Netto, Gesamtkosten Besondere Verordnungsbedarfe (A1), Gesamtkosten langfristiger Heilmittelbedarf (A2), Gesamtkosten Netto ohne A1 und A2, Erstelldatum, Seitenzahl (x von x)

Seite 1

1. Beschreibung der Spalten

Spalte 1:	Summe je Kassenart und GKV
Spalte 2:	Altersgruppe 1: 0 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in € Altersgruppe 2: Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr in € Altersgruppe 3: Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr in € Altersgruppe 4 = ab Beginn des 76. Lebensjahr in € S = Summe Altersgruppe 1 bis 4
Spalte 3:	Zahl der Verordnungsfälle. Berücksichtigt werden alle Versicherten eines Vertragsarztes, für die prüf-relevante Verordnungen durch den Vertragsarzt ausgestellt wurden. Dabei werden alle Verordnungen für einen Versicherten zu einem Verordnungsfall je Vertragsarzt zusammengefasst (= Zahl der Versicherten, für die Verordnungen ausgestellt wurden).

1.1 Physikalisch-medizinische Leistungen

- Spalte 4: Verordnungskosten insgesamt netto in €
Die Verordnungskosten insgesamt werden nach der Zeile G in einem eigenen Block, unterteilt nach Verordnungskosten für:
- Massagen (Leistungsart 01)
 - Lymphdrainagen/MLD (Leistungsart 02 – ohne 0204 u. 0205)
 - Krankengymnastik (Leistungsarten 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10)
 - Bäder (Leistungsarten 16, 17)
 - Sonstige Leistungen (Leistungsarten 0204, 0205, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 2001, 97, 99)
- Die Unterteilung erfolgt gemäß dem bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis sowie den bayerischen Gebührenvereinbarungen, die der Prüfungsstelle von den Krankenkassen in der jeweils aktuellen Fassung zur Verfügung gestellt werden.
- Die Heilmittelpositionsnummern x0703, x0708, x0709 und x0805 für Kinder bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres sind weder Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung noch Bestandteil der statistischen Werte.
- Für die Quartalszuordnung ist der Tag der Ausstellung der Verordnungen maßgebend.
- Spalte 5: Durchschnittliche Verordnungskosten in € je Verordnungsfall des Vertragsarztes (Spalte 04 : Spalte 03)
- Spalte 6: Durchschnittliche Verordnungskosten in € je Verordnungsfall der in Bayern tätigen Vertragsärzte der Prüfgruppe (GKV netto; sonst analog Spalte 05)
- Spalte 7: Abweichung der durchschnittlichen Verordnungskosten in € je Verordnungsfall des Vertragsarztes vom statistischen Mittelwert der Prüfgruppe (Differenz zwischen Spalte 05 und Spalte 06; GKV netto ab Zeile G)
- Spalte 8: Abweichung der durchschnittlichen Verordnungskosten in % je Verordnungsfall des Vertragsarztes vom statistischen Mittelwert der Prüfgruppe (Spalte 07 : Spalte 06 x 100; GKV netto ab Spalte G)
- Spalte 9: Durchschnittliche gewichtete Verordnungskosten in € der Prüfgruppe. Der gewichtete Prüfgruppenwert berücksichtigt die unterschiedlichen Altersgruppenanteile (1 bis 4) beim jeweiligen Vertragsarzt im Vergleich zum Durchschnitt der Prüfgruppe. Die Berechnung der gewichteten Abweichung ist in Anlage 2d) beschrieben.
- Spalte 10: Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Prüfgruppe in €
- Spalte 11: Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Prüfgruppe in %

Spalte 12: A1: besondere Verordnungsbedarfe - Anhang 1 der Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015 in €

Spalte 13: A2: langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V - Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien

1.2 Ergotherapie

Spalte 14: Ergo-Therapie [derzeit unbesetzt]

1.3 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Spalte 15: Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie [derzeit unbesetzt]

1.4 Podologie

Spalte 16: Podologie [derzeit unbesetzt]

1.5 Krankenhauseinweisungen

Spalte 17: Zahl der Krankenhauseinweisungen des Vertragsarztes.
Die quartalsweise Zuordnung der Krankenhaufälle richtet sich nicht nach dem Tag der Verordnung, sondern nach dem Aufnahmetag der stationären Krankenhausbehandlung.

2. Gliederung nach Kassenarten

Die Heilmittelstatistik wird nach Kassenarten getrennt in folgender Reihenfolge ausgedruckt:

1. AOKen
2. Landwirtschaftliche Krankenkasse
3. Innungskrankenkassen
4. Betriebskrankenkassen
5. Knappschaft
6. Ersatzkassen.

3. Berechnung der Vergleichswerte und der gewichteten Abweichung

Die Berechnung der Vergleichswerte und der gewichteten Abweichung ist in der Anlage 2d) beschrieben.

4. Beschreibung der Spalten

- Spalte 1: Summe der Fangverordnungen (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr.1.1)
- Spalte 2: Anteil der Fangverordnungen an den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen je Vertragsarzt in % (Spalte 01 geteilt durch Spalte 04 der Seite 1 x 100) (Anlage 7 Nr. 1.1)
- Spalte 3: Summe der Massageverordnungen (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 1.2)
- Spalte 4: Anteil der Massageverordnungen an den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen je Vertragsarzt in % (Spalte 03 geteilt durch Spalte 04 der Seite 1 x 100) (Anlage 7 Nr. 1.2)
- Spalte 5: Summe der vorrangigen physikalisch-medizinischen Verordnungen (aller Indikationen) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 2.1)
- Spalte 6: Summe der teureren optionalen physikalisch-medizinischen Verordnungen (aller Indikationen) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 2.1)
- Spalte 7: Summe der ergänzenden physikalisch-medizinischen Verordnungen (aller Indikationen) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 2.2)
- Spalte 8: Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen (aller Indikationen) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 2.2)
- Spalte 9: Anteil der vorrangigen physikalisch-medizinischen Verordnungen an der Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen je Vertragsarzt in % (Anlage 7 Nr. 2.1)
- Spalte 10: Anteil der teureren optionalen physikalisch-medizinischen Verordnungen an der Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen je Vertragsarzt in % (Anlage 7 Nr. 2.2)
- Spalte 11: Anteil der ergänzenden physikalisch-medizinischen Verordnungen an der Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen je Vertragsarzt in % (Anlage 7 Nr. 2.2)
- Spalte 12: Anteil der teureren optionalen physikalisch-medizinischen Verordnungen gegenüber den vorrangigen physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen je Vertragsarzt in % (Anlage 7 Nr. 2.2)
- Spalte 13: Überschreitung der zulässigen Verordnungsmenge (Anlage 7 Nr. 3) [derzeit unbesetzt]

- Spalte 14: Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen einschließlich der Verordnungen gem. § 23 Abs. 2 SGB V (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 4)
- Spalte 15: Summe der Verordnungen gem. § 23 Abs. 2 SGB V (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 4)
- Spalte 16: Anteil der Verordnungen gem. § 23 Abs. 2 SGB V an den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen einschließlich der Verordnungen gem. § 23 Abs. 2 SGB V in % je Vertragsarzt (Spalte 15 zu Spalte 14) (Anlage 7 Nr.4)
- Spalte 17: Summe der Verordnungen für manuelle Therapie (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.1)
- Spalte 18: Summe der Verordnungen für Krankengymnastik (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.1)
- Spalte 19: Summe der Verordnungen für manuelle Therapie und Krankengymnastik Gesamt (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.1)
- Spalte 20: Anteil der manuellen Therapie an den Gesamtverordnungen für manuelle Therapie und Krankengymnastik Gesamt in % je Vertragsarzt (Spalte 17 zu Spalten 19) (Anlage 7 Nr. 5.1)
- Spalte 21: Summe der Verordnungen für MLD 60 (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.2)
- Spalte 22: Summe der Verordnungen MLD-Gesamt (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.2)
- Spalte 23: Anteil der Verordnungen für MLD 60 an den Verordnungen für MLD-Gesamt in % je Vertragsarzt (Spalte 21 zu Spalte 22) (Anlage 7 Nr. 5.2)
- Spalte 24: Summe der Fangoverordnungen (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.3)
- Spalte 25: Summe der Verordnungen für Wärmetherapie-Gesamt (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.3)
- Spalte 26: Anteil der Fangoverordnungen an den Verordnungen für Wärmetherapie-Gesamt in % je Vertragsarzt (Spalte 24 an Spalte 25) (Anlage 7 Nr.5.3)
- Spalte 27: Summe der Verordnungen für Heilmittel (physikalisch-medizinisch) mit Hausbesuchen (Anzahl/Menge) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr.7)
- Spalte 28: Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen (Menge/Anzahl) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr.7)

Spalte 29: Anteil der Verordnungen mit Hausbesuchen an den Gesamtverordnungen in % je Vertragsarzt (Spalte 27 zu Spalte 28) (Anlage 7 Nr.7)

5. Im Block „Erläuterungen“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.
6. Es erfolgt einer zeilenweiser Ausdruck der Spalten:
 - Immer wenn Werte vorliegen
 - Summenblock GKV
 - Summenblock Kassenart

Protokollnotizen:

1. *Die Vertragspartner stimmen überein, dass in der Heilmittelstatistik die Krankenhaus-einweisungen nach den Kriterien des § 39 SGB V aufgeschlüsselt werden sollen.*
2. *Die Kosten aus den Spalten 12, 13, 14, 15 und 16 der „Seite 1“ werden nicht berücksichtigt. §§ 33, 55, 56 SGB IX (insb. Frühförderung) sind nicht Gegenstand der GKV-Heilmittelverordnungen. Die Kosten hierfür sind daher nicht in den Datenlieferungen für die Heilmittelstatistiken enthalten.*

8c) Häufigkeitsstatistik nach Heilmittelpositionsnummern

1Die Häufigkeitsstatistik über kassenärztliche Verordnungen nach Heilmittelpositionsnummern beinhaltet die verordneten Heilmittelpositionen eines Vertragsarztes, getrennt nach den einzelnen Leistungsarten. 2Die Kosten für die in Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015 in der jeweils gültigen Fassung (besondere Verordnungsbedarfe) sowie der in Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien (langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V) ausgewiesenen Diagnosen in Zusammenhang mit den festgelegten Indikationsschlüsseln und Spezifikationen, werden gesondert ausgewiesen. 3Die Erstellung dieser Statistik erfolgt je Kassenart und GKV (Gesamt).

Kopf der Statistik:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, Quartal, BSNR (numerisch), Prüfgruppe (PG, numerisch und im Klartext), LANR (numerisch), Name und Vorname des Vertragsarztes, Praxisanschrift, Kassenart, Behandlungsart, Heilmittelkosten Gesamt Netto, Gesamtkosten Besondere Verordnungsbedarfe (A1), Gesamtkosten langfristiger Heilmittelbedarf (A2), Gesamtkosten Netto ohne A1 und A2 , Anzahl der Verordnungsfälle , Erstelldatum, Seitenzahl (x von x)

1. Beschreibung der Spalten

- | | |
|-----------|--|
| Spalte 1: | Heilmittelpositionsnummer. Dabei werden gleiche Heilmittelpositionsnummern, unabhängig vom Leistungserbringer, zusammengefasst (z.B. X0501). Hiervon ausgenommen, sind die Leistungserbringer von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (z.B. 80501) |
| Spalte 2: | Häufigkeit der verordneten Leistung (Anzahl) |
| Spalte 3: | Wert der einzelnen verordneten Leistung in € |
| Spalte 4: | Gesamtbetrag der verordneten Leistung in € (Wert der Spalte 03 multipliziert mit dem Wert der Spalte 04) |
| Spalte 5: | Eigenanteil. Das ist der Zuzahlungsbetrag der Versicherten, denen die Leistung verordnet wurde. |
| Spalte 6: | Anzahl der Verordnungsfälle der jeweiligen Heilmittelpositionsnummer. Berücksichtigt werden alle Versicherten eines Vertragsarztes, für die prüfrelevante Verordnungen durch den Vertragsarzt ausgestellt wurden. Dabei werden alle Verordnungen für einen Versicherten zu einem Verordnungsfall je Vertragsarzt zusammengefasst (= Zahl der Versicherten, für die Verordnungen ausgestellt wurden). |
| Spalte 7: | Durchschnittliche Verordnungskosten in € je Verordnungsfall |

Spalte 8:	A1 Diagnose ICD10 Besondere Verordnungsbedarfe - Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmen- vorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015 in der jeweils gültigen Fassung
Spalte 9:	A1 Indikationsschlüssel besondere Verordnungsbedarfe - Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmen- vorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30.11.2015 in der jeweils gültigen Fassung
Spalte 10:	A2 Diagnose ICD 10 Langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V - Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung
Spalte 11:	A2 Indikationsschlüssel Langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V - Anlage 2 der Heilmittelrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung

2. Zeilenweiser Ausdruck in den Spalten

Die Reihenfolge der Leistungsarten in der Häufigkeitsstatistik nach Heilmittelpositionsnummern erfolgt aufsteigend innerhalb der jeweiligen Leistungsarten mit Summenbildung jeweils für Physikalische Leistungen (Massagen, Krankengymnastik, Bäder jeweils inklusive Sonstige Leistungen und Hausbesuche) und die Gesamtsumme.

Für jede Leistungsart werden die Werte getrennt nach den Heilmittelpositionsnummern in einem Block Kosten ohne A1 und A2 und einem Block Kosten nur A1 und A2 ausgewiesen. Dabei wird jeweils eine Summenzeile sowie eine Gesamtsumme gebildet.

Im Block ‚Kosten ohne A1 und A2‘ werden die Werte in den Spalten 1 bis 7 ausgewiesen.

Im Block ‚nur A1 und A2‘ werden die Werte in den Spalten 1 bis 5 sowie 8 bis 11 ausgewiesen.

In den Summenzeilen werden nur die Anzahl der Verordnungsfälle (Verordnungspatienten), Anzahl der Heilmittelpositionsnummern, der Häufigkeit sowie der Gesamtbetrag und der Eigenanteil ausgewiesen.

3. Zusatzinformationen

a) Krankengymnastik spezial Kinder

In einem gesonderten Block werden die Kosten für die Heilmittelpositionsnummern x0703, x0708, x0709 und x0805 für Kinder bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres dargestellt.

b) Praxisanteile physikalische-medizinische Leistungen

In einem gesonderten Block werden die prozentualen Anteile der einzelnen Leistungsarten im Verhältnis zu den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen des einzelnen Vertragsarztes und der Prüfgruppe ausgewiesen.

Spalte 1: Leistungsarten

- Massagen (Leistungsart 01)
- Lymphdrainagen / MDL Gesamt (Leistungsart 02)
 - MLD 30 (x0205)
 - MDL 45 (x0201)
 - MLD 60 (x0202)
 - Kompressionsbehandlung (x0204)
- Krankengymnastik Gesamt (Leistungsarten 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09 und 10)
 - Übungsbehandlungen (Leistungsart 03 und 04)
 - Krankengymnastik „normal“ (Leistungsart 05, 06, 09, 10)
 - Krankengymnastik „spezial“ (Leistungsart 07, 08)
- Wärme- und Kältetherapie Gesamt (Leistungsart 15)
 - Fango (x010501 – x01505)
 - Heißluft (x0517)
 - Heiße Rolle (x01530)
- Manuelle Therapie (Leistungsart 12)
- Transaktionsbehandlung (Leistungsart 11)
- Elektrotherapie (Leistungsart 13)
- Lichttherapie (Leistungsart 14)
- Medizinische Bäder (Leistungsart 16, 17)
- Inhalationstherapie (Leistungsart 18)
- Kombinationsleistungen (Leistungsart 20)
- Hausbesuche (x99..)

Spalte 2: prozentualer Anteil der einzelnen Verordnungen je Leistungsart im Verhältnis zu den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen des Vertragsarztes

Spalte 3: prozentualer Anteil der einzelnen Verordnungen je Leistungsart im Verhältnis zu den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen der Prüfgruppe

4. Im Block „Erläuterungen“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.

Anlage 9 - Auswahllisten Verordnungswerte sowie Behandlungsweise

Auswahllisten über die Verordnungsweise für Arznei- und Heilmittel und über die Abrechnungswerte der Vertragsärzte zur (qualifizierten) Auffälligkeitsprüfung

1In den Auswahllisten für die qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Arzneimittel und Heilmittel werden alle Vertragsärzte, welche die Voraussetzungen bzw. die Prüffelder / Aufgreifkriterien des § 17 in Verbindung mit Anlage 6 und des § 20 in Verbindung mit Anlage 7 erfüllen, ausgewiesen. 2In der Auswahlliste der Behandlungsweise werden alle Vertragsärzte ausgewiesen, die die Voraussetzungen nach § 14 in Verbindung mit Anlage 9c) erfüllen. 3Die Auswahllisten werden im CSV-Format erstellt.

9a) Auswahlliste qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Arzneimittel

Spalte 1:	Quartal
Spalte 2:	BSNR (wird bei BAG/MVZ pro PG ggf. mehrfach ausgewiesen)
Spalte 3:	PG (Prüfgruppe)
Spalte 4:	LANR
Spalte 5:	Name_Vorname
Spalte 6:	Anzahl der Verordnungsfälle je Vertragsarzt
Spalte 7:	Arzneikosten Brutto Gesamt je Vertragsarzt
Spalte 8:	Arzneikosten nach Anlage 6 Brutto Gesamt je Vertragsarzt
Zeile:	Name des Wirkstoffs und/oder der Wirkstoffgruppe und deren Gesamtkosten
Spalte 9:	Anzahl der verordneten DDD je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr.1)
Spalte 10:	Bruttokosten in € pro DDD je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr.1)
Spalte 11:	Abweichung in % je Vertragsarzt (größer 20%) zur festgelegten Auffälligkeitsgrenze (Anlage 6 Nr.1)

Spalte 12:	Abweichung in % je Vertragsarzt (größer/gleich 30%) zur Prüfgruppe der mit Aut-Idem gekennzeichneten Verordnungen (Anlage 6 Nr. 3)
Spalte 13:	Gesamtverordnungskosten je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe mit Bruttokosten größer 100 € je DDD je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 4)
Spalte 14:	Anzahl der Verordnungen je Wirkstoff und/oder Wirkstoffgruppe mit Bruttokosten größer 100 € je DDD je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 4)
Spalte 15:	Gesamtverordnungskosten der Verbandmitteln mit Warengruppenschlüssel BA01* im ABDA-Artikelstamm in € je Vertragsarzt (Anlage 6 Nr. 5)
Spalte 16:	Abweichung in % je Vertragsarzt (größer/gleich 10 %) der Verbandmittel zum Gesamtverordnungsvolumen an Arznei- und Verbandmitteln (Spalte 15 zu Spalte 7) (Anlage 6 Nr. 5)
Spalte 17-xx:	Polymedikation im geriatrischen Bereich – derzeit nicht besetzt (Anlage 6 Nr. 6)
Spalte xx-xx:	Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele der Arzneimittelvereinbarung AMV – derzeit unbesetzt (Anlage 6 Nr. 7)
Spalte x:	Bemerkungen

9b) Auswahlliste qualifizierte Auffälligkeitsprüfung Heilmittel

Spalte 1:	Quartal
Spalte 2:	BSNR (wird bei BAG/MVZ pro PG ggf. mehrfach ausgewiesen)
Spalte 3:	PG (Prüfgruppe)
Spalte 4:	LANR
Spalte 5:	Name_Vorname
Spalte 6:	Anzahl der Verordnungsfälle je Vertragsarzt
Spalte 7:	Gesamtkosten Netto (ohne Zuzahlungen) je Vertragsarzt
Spalte 8:	„Davon“ Kosten A1 - Besondere Verordnungsbedarfe (davon-Ausweis der Spalte 7)
Spalte 9:	„Davon“ Kosten A2 - Langfristiger Heilmittelbedarf (davon-Ausweis der Spalte 7)
Spalte 10:	Gesamtkosten Netto ohne A1 und A2 je Vertragsarzt (Spalte 7 minus Spalte 8 und 9)
Spalte 11:	Gesamtverordnungen netto je Vertragsarzt
Spalte 12:	„Davon“ Verordnungen A1 - Besondere Verordnungsbedarfe (davon-Ausweis der Spalte 11)
Spalte 13:	„Davon“ Verordnungen A2 - langfristiger Heilmittelbedarf (davon-Ausweis der Spalte 11)
Spalte 14:	Gesamtverordnungen Netto ohne A1 und A2 je Vertragsarzt (Spalte 11 minus Spalte 12 und 13)
Spalte 15:	Durchschnittliche Verordnungskosten je Verordnungsfall netto in € des Vertragsarztes (Spalte 10 : Spalte 6).
Spalte 16:	Durchschnittliche Verordnungskosten je Verordnungsfall netto in € der in Bayern tätigen Vertragsärzte der Prüfgruppe (Summe Spalte 10 : Summe Spalte 6)
Spalte 17:	Abweichung der durchschnittlichen Verordnungskosten des Vertragsarztes vom statistischen Mittelwert der Prüfgruppe in € (Differenz zwischen Spalte 15 und Spalte 16)

- Spalte 18: Abweichung der durchschnittlichen Verordnungskosten des Vertragsarztes vom statistischen Mittelwert der Prüfgruppe in % (Spalte 15 : Spalte 16 x 100; > 50%)
- Spalte 19: Durchschnittliche gewichtete Verordnungskosten in € der Prüfgruppe.
- Spalte 20: Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Prüfgruppe in €
- Spalte 21: Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Prüfgruppe in %
- Spalte 22: Anteil in % der Fangverordnungen an den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen (größer/gleich 25%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 1.1)
- Spalte 23: Anteil in % der Massageverordnungen an den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen (größer/gleich 25%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 1.2)
- Spalte 24: Anteil in % der teureren optionalen Heilmittel gegenüber den vorrangigen Heilmitteln (größer 15%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 2.1)
- Spalte 25: Anteil in % der ergänzenden Heilmitteln an der Summe der physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen (größer 50%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 2.2)
- Spalte 26: Gesamtverordnungsmenge Erst- und Folgeverordnungen (Anlage 7 Nr. 3) – derzeit nicht besetzt
- Spalte 27: Abweichung der zulässigen Gesamtverordnungsmenge in % (größer 15%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 3) – derzeit nicht besetzt
- Spalte 28: Anteil in % der Verordnungen gem. § 23 Abs. 2 SGB V an den physikalisch-medizinischen Gesamtverordnungen einschließlich der Verordnungen gem. § 23 Abs. 2 SGB V (größer 30 %) (Anlage 7 Nr. 4)
- Spalte 29: Anteil in % der manuellen Therapie an den Gesamtverordnungen für manuelle Therapie und Krankengymnastik Gesamt (größer/gleich 70%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.1)
- Spalte 30: Anteil in % der Verordnungen für MLD 60 an den Verordnungen für MLD-Gesamt (größer/gleich 70%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.2)
- Spalte 31: Anteil in % der Fangverordnungen an den Verordnungen für Wärmetherapie-Gesamt (größer/gleich 70%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.3)
- Spalte 32: Anteil in % der Verordnungen mit Hausbesuchen an den Gesamtverordnungen (größer/gleich 70%) je Vertragsarzt (Anlage 7 Nr. 5.7)
- Spalte 33: Bemerkungen

9c) Auswahlliste Behandlungsweise

1Die Auswahlliste für die Auffälligkeitsprüfung der Behandlungsweise gemäß § 14 (nach Durchschnittswerten) listet u.a. die Vertragsärzte auf, welche mindestens eines der nachfolgenden Aufgreifkriterien erfüllen:

1. Überschreitung des durchschnittlichen gewichteten Fallwertes in einer Leistungsgruppe um mindestens 60% bei mindestens 200.000 Punkten (10.000 EUR) im Vergleich zur Prüfgruppe.
2. Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes in einer fachgruppentypischen (Ansatz bei mindestens 50% der Arztgruppe) Einzelleistung um mindestens 200% im Vergleich zur Prüfgruppe, wenn mit dieser Leistung mehr als 50.000 Punkte (2.500 EUR) angefordert wurden.

2Alle Vergleiche bei der Behandlungsweise beziehen sich auf die Fallwerte vor honorarwirksamen Begrenzungsregelungen.

3Die Auswahlliste enthält die folgenden Daten:

Spalte 1:	Abrechnungsstelle als Zahl
Spalte 2:	Abrechnungsstelle als Langtext
Spalte 3:	Behandlungsart
Spalte 4:	Kostenträgerart Bezeichnung
Spalte 5:	Prüfgruppe (numerisch)
Spalte 6:	Prüfgruppen-Bezeichnung (als Langtext)
Spalte 7:	Fallwert der Prüfgruppe in €
Spalte 8:	Abrechnungsquartal
Spalte 9:	BSNR
Spalte 10:	Praxisname
Spalte 11:	Fallzahl kumuliert
Spalte 12:	Abweichung Fallwert von Prüfgruppe in %
Spalte 13:	Kennzeichen der Leistungsgruppe, Ausprägung ja/nein bezogen auf Überschreitung der Auffälligkeitskriterien
Spalte 14:	Leistungsgruppe
Spalte 15:	Abweichung bei Leistungsgruppe

- Spalte 16: Kennzeichen Gebührenordnungsposition Ausprägung ja/nein bezogen auf Überschreitung der Auffälligkeitskriterien
- Spalte 17: Gebührenordnungspositionen
- Spalte 18: Abweichung bei der Gebührenordnungsposition in %
- Spalte 19: Abrechnungslauf (einheitlich Verwendung des Abrechnungslaufs Null wie von Vertragspartnern abgestimmt)
- Spalte 20: Abrechnungslauf der Prüfgruppe
- Spalte 21: Anzahl Praxen der Prüfgruppe in Regionalbezirk insgesamt
- Spalte 22: Anzahl Praxen der Prüfgruppe des Regionalbezirks mit Überschreitung der Auffälligkeitskriterien
- Spalte 23: Anteil Praxen der Prüfgruppe des Regionalbezirks mit Überschreitung der Auffälligkeitskriterien in Prozent (bezogen auf Spalten 21 und 22)
- Spalte 24: Anzahl Praxen der Prüfgruppe in Bayern insgesamt
- Spalte 25: Anzahl Praxen der Prüfgruppe in Bayern mit Überschreitung der Auffälligkeitskriterien
- Spalte 26: Anteil Praxen der Prüfgruppe in Bayern mit Überschreitung der Auffälligkeitskriterien in Prozent (bezogen auf Spalten 24 und 25)

Anlage 10 – Verteiler Statistiken

Empfänger der Auswahllisten und Statistiken zur Auffälligkeitsprüfung der Verordnungs- und Abrechnungsweise

1) Zur Vorbereitung von Prüfverfahren werden die nachfolgenden statistischen Unterlagen:

1. Gesamtübersicht der Abrechnungswerte (HW0024)
2. Häufigkeitsstatistik der Abrechnungswerte (HW0021)
3. Arzneikostenstatistik (VWA301)
4. Heilmittelstatistik (VWH301)
5. Häufigkeitsstatistik nach Heilmittelpositionsnummern (VWH302)
6. PZN-Statistik GKV für Arzneimittel (PZN)
7. Auswahllisten nach § 6 Abs. 4 (VWH380, VWA380, HW0027)

nach Abschluss der Sondierung:

8. Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel (ABB060)
9. Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel (HBB060)

durch die Prüfungsstelle in einheitlicher Form im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern (z.B. CD-ROM oder DVD) folgenden Stellen zur Verfügung gestellt:

- der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- den für den Vertragsarztsitz zuständigen Dienstleistungszentren Ärzte der AOK Bayern
- dem BKK Landesverband Bayern
- der IKK classic
- der SVLFG als LKK
- der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München
- der federführenden Ersatzkasse

2) Der Vertragsarzt erhält aufgrund § 106 Abs. 3 Satz 4 SGB V folgende Unterlagen im Wege elektronischer Datenübertragung:

1. Arzneikostenstatistik (VWA301)
2. Heilmittelstatistik (VWH301)
3. Häufigkeitsstatistik nach Heilmittelpositionsnummern (VWH302)
4. PZN-Statistik GKV für Arzneimittel (PZN)
5. Gesamtübersicht der Abrechnungswerte (HW0024)
6. Häufigkeitsstatistik der Abrechnungswerte (HW0021)

zeitnah nach Information des Vertragsarztes über sein Prüfverfahren:

7. Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel (ABB060)
8. Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel (HBB060)

Die Vertragspartner behalten sich vor, die unter Nr. 1) genannten Auswahllisten und Statistiken für alle Vertragsärzte, ungeachtet der Auffälligkeitskriterien, mit vollständigen Daten, zum Zwecke der Weiterentwicklung und Fortschreibung der Prüfung, bei der Prüfungsstelle Ärzte Bayern anzufordern.

Anlage 11 - Erweiterter Einzelfallnachweis

Erweiterter Einzelfallnachweis für die Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise für Arznei- und Heilmittel

Allgemeines:

1Der erweiterte Einzelfallnachweis wird in der Regel für alle Vertragsärzte erstellt, die nach der Sondierung in der Arzneimittel- und/oder Heilmittelprüfung sind. 2Die Einzelfallnachweise für Arznei-/Verband- und Heilmittel sind bereinigt um die besonderen Verordnungsbedarfe und den langfristigen Heilmittelbedarf.

Kopf der Statistik:

Der Kopf der Statistik enthält das Ordnungsquartal, die Betriebsstättennummer (BSNR numerisch), Prüfgruppe (PG numerisch und im Klartext), die lebenslange Arztnummer(n) (LANR numerisch) der Prüfgruppe in der Praxis, sowie Name, Vorname und Anschrift der Ärzte und der Praxis, die Kassengruppe, VKNR (Vertragskassennummer) und Kassename, Erstellungsdatum, Seitenzahl (x von x)

Im Block „Erläuterungen“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.

11a) Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel

Listenbeschreibung „Erweiterter Einzelfallnachweis Arzneimittel“

Die Statistik ist gegliedert in Kassengruppen, darunter Einzelkassen.

Unter den Einzelkassen wird gegliedert nach den einzelnen Versicherten (A), Diagnosen (B), GOPs (Gebührenordnungspositionen) (C) und Arzneimittel (D).

A) Versicherter

Spalte 1: Name

Spalte 2: Vorname

Spalte 3: Behandlungs-Kennzeichen

Gliederung in ärztliche Behandlung, Notfall, Überweisung, Vertretung, Mit- /Weiterbehandlung, etc.

Spalte 4: Kostenträger-Art

Regionalkassen oder Ersatzkassen

Spalte 5: Fallnummer (laufende Nummer)
Sortierung innerhalb der Einzelkasse nach Altersgruppe (1 bis 4)

Spalte 6: Altersgruppen (1 bis 4)

Spalte 7: Geburtsdatum

Spalte 8: Versichertennummer

Spalte 9: Sonstige Kosten

B) Diagnosen

Ausgewiesen werden der/die ICD in der jeweils gültigen Fassung und der dazugehörige Langtext

C) GOPs

Ausgewiesen werden Behandlungstag mit zugehörigen EBM-Ziffer(n)

D) Arzneikosten

Spalte 1: Datum
Datum der Ausstellung der Verordnung

Spalte 2: Bezeichnung
Handelsname des Arznei-/Verbandmittels

Spalte 3: Pharmazentralnummer (PZN)

Spalte 4: Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation (ATC-Code)

Spalte 5: Faktor
Die Anzahl der jeweiligen PZN pro Bezeichnung

Spalte 6: EURO-Betrag
Kosten der jeweiligen PZN unter Berücksichtigung des Faktors

Summe der Kosten der Verordnungen (Brutto in €)

11b) Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel

Listenbeschreibung „Erweiterter Einzelfallnachweis Heilmittel“

PG : 010/2 Herr, Dr. med. Barbara Beispiel, Anästhesistin
 BNR: 630106700 Beispielsgasse 7
 LANR(s): 002907804 81667 München
 Quartal: 1/2017

Datum: 12.11.2016
 Seite: 1 von 7

Kassengruppe: AOK

71101 AOK Bayern die Gesundheitskasse Zentral

Lfd Nr.	Name	Vorname	KT-Art	PG	Geb. Datum	VSNR
1	Mustermann	Tanja	RK	M	01.01.1980	Q123456789

Datum	Heilmittel	HM-Pos-Nr.	VO-Menge	VO-Art	Regefall	Indikations-schlüssel	Ge-samt-Brutto	Gesamt-Zuzahlung
03.01.2017	KG	20501	10	E		Ex3b	230,30	33,03
03.01.2017	Fango	21501	6	F				
03.01.2017	Hausbesuch			F				
03.01.2017	Wegpausch.			F	a.R.			

Diagnosen laut Behandlungsschein:

Gesichert: I10.90 Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

Gesichert: M53.99 Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet, nicht näher bezeichnete Lokalisation

Diagnosen laut Heilmittelrezept:

I10.90 Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

GOPs:

03.01.2017 03111, ++9700A, ++32001
 26.03.2017 03212

usw. (nächster Versicherter)

Summe Heilmittelkosten 71101 AOK Bayern die Gesundheitskasse Zentrale

Summe (Euro-Betrag):	750,89
Anzahl Versicherte Kasse 71101	5
Anzahl Versicherte Kasse 71101 mit VO-Kosten	2

Anlage 12 – PZN Statistik

PZN-Statistik zur Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise für Arzneimittel

Allgemein:

Enthält alle kollektivvertraglichen Daten der Arznei- und Verbandmittel für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung des Vertragsarztes, aufgeteilt nach Pharmazentralnummern (PZN).

Kopf der Statistik:

Der Kopfbereich weist folgende Inhalte auf: Listenbezeichnung, Logo des Listeneigentümers, Quartal, BSNR (numerisch), Prüfgruppe (PG, numerisch und im Klartext), LANR (numerisch), Name und Vorname des Vertragsarztes, Praxisanschrift, Kassenart, Behandlungsart, Erstelldatum, Seitenzahl (x von x)

Deckblatt:

Das Deckblatt der Prüfstatistik enthält die LANR und Namen der in der entsprechenden Prüfgruppe der BSNR tätigen Ärzte.

Spalte 1:	Rang absteigende Sortierung nach Kosten der PZN
Spalte 2:	PZN maximal 8stellige Pharmazentralnummer, führende „Nullen“ werden ausgeblendet. Mehrfachausweisung in Abhängigkeit der Zuordnung nach Spalte 7 möglich; alle anderen Daten der Spalten 3 bis 10 werden entsprechend zugeordnet.
Spalte 3:	Arzneimittel Handelsbezeichnung des Arznei-/Verbandmittels (inkl. Stärkenangabe, Darreichungsform etc.)
Spalte 4:	Kosten (Brutto in €) Summe der Kosten identischer PZNs
Spalte 5:	Anzahl DDD Tagestherapiekosten des Arzneimittels
Spalte 6:	ATC_CODE Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation, angepasst nach WIDO, Sortimentbuchstaben A oder B wird vorangestellt, in der Regel siebenstellig
Spalte 7:	Zuordnungen

Bewertung zu wirtschaftlichen (2) und unwirtschaftlichen (0) Arzneimitteln im Rahmen der Wirkstoffvereinbarung

Spalte 8: WSV-ZIEL
Ziel gemäß der Wirkstoffvereinbarung, falls vorhanden.

Spalte 9: Normgröße
Normgröße gemäß der Packungsgrößenverordnung (PackungsV), N1, N2, N3, bei Verbandstoffen keine

Spalte 10: Faktor
Anzahl der jeweiligen PZN pro Bezeichnung

Im Block „Erläuterungen“ sind in der Statistik (Fußzeile) ergänzende Informationen durch die Prüfungsstelle oder den Vertragspartner im Freitext aufzunehmen.

Anlage 13 – Datenlieferungen / Datensatzbeschreibungen

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verwaltungs- und Abrechnungsweise

¹Die Datenlieferung für die Wirkstoffprüfung gem. § 16 richtet sich nach der WSV. ²Für die Prüfungen nach den § 17 bis 20 sind die entsprechenden Daten zur Erstellung der erforderlichen Listen und Unterlagen von den Krankenkassen und der KVB spätestens Ende des 10. Monats nach (Prüf-)Quartalsende an die Prüfungsstelle zu liefern. ³Für die Stichprobenprüfung gem. § 13 richtet sich die Datenlieferung nach § 13 Abs. 2 Satz 3. ⁴Für die Prüfung nach § 14 sollen die entsprechenden Daten zur Erstellung der erforderlichen Listen und Unterlagen von der KVB spätestens Ende des 4. Monats des zu prüfenden Leistungsquartals an die Prüfungsstelle geliefert werden.

⁵Die (zweite) Datenlieferung für die Erstellung der erweiterten Einzelfallnachweise erfolgt durch die Krankenkassen und die KVB spätestens 1 Monat nach Anforderung durch die Prüfungsstelle.

⁶Die Qualität (Inhalt und Umfang) der Datenlieferungen überwacht die Prüfungsstelle. ⁷Bei Auffälligkeiten, die das Prüfungsgeschehen gefährden, sind die Vertragspartner umgehend über die erforderlichen bzw. veranlassenden Maßnahmen zu informieren.

⁸Die Datensatzbeschreibungen sind sowohl für die verschlüsselten (1. Lieferung) als auch die unverschlüsselten Datenlieferung (2. Lieferung) an die Prüfungsstelle festzulegen.

⁹Um eine ordnungsgemäße Datenlieferung (1. und 2. Lieferung) zu gewährleisten, verständigen sich die Vertragspartner auf folgende Datensatzbeschreibungen:

- a. Arzneimittel
- b. Heilmittel
- c. Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten
- d. Behandlungsdaten
- e. Ggf. sonstige erforderliche Daten

¹⁰Die Datensatzbeschreibungen werden von den Vertragspartnern laufend aktualisiert und der Prüfungsstelle zur Verfügung gestellt.