

VEREINBARUNG

zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit
in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 106 Abs. 1 SGB V
ab dem Jahr 2022
(Prüfvereinbarung)

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen,
Berliner Allee 22, 30175 Hannover
- im Folgenden KVN –

einerseits

sowie

- der AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse*.
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
 - der IKK classic*,
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden(* handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4a SGB V)
- dem BKK Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Krankenkasse
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
 - der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord –
Siemensstraße 7, 30173 Hannover
 - 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 Niedersachsen,
Schillerstr. 32, 30159 Hannover

im Folgenden: Verbände der Krankenkassen

andererseits

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt Prüfungseinrichtungen	4
§ 1 Errichtung der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses	4
§ 2 Prüfungsstelle	4
§ 3 Beratungskommission	7
§ 4 Beschwerdeausschuss	7
§ 5 Beteiligte	9
§ 6 Verfahren vor der Prüfungsstelle	9
§ 7 Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss	11
§ 8 Ergebnis des Prüfverfahrens	13
§ 9 Aufgaben des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses	14
§ 10 Aufgaben der KVN	14
§ 11 Rechnerische und sachliche Beanstandungen	15
§ 12 Grundlagen der Prüfung	15
§ 13 Praxisbesonderheiten / Kompensatorische Einsparungen	16
2. Abschnitt Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen gem. § 106a SGB V	18
§ 14 Einleitung des Prüfverfahrens	18
§ 15 Datenlieferung durch die Kassenärztliche Vereinigung	19
§ 16 Ergebnis der Prüfung ärztlicher Leistungen gem. § 106a SGB V	19
3. Abschnitt Prüfung nach Durchschnittswerten	20
a) Prüfung ärztlicher Behandlungsweise	20
§ 17 Prüfanträge zur Überwachung der ärztlichen Leistungen	20
§ 18 Statistiken zur Überwachung der ärztlichen Behandlungsweise	20
§ 19 Bildung der Vergleichsgruppen	20
§ 20 Bildung der Fallwerte	21
§ 21 Fallwertvergleich	22
§ 22 Unwirtschaftlicher Mehraufwand	22
b) Prüfung ärztlich verordneter Leistungen	23
§ 23 Prüfung ärztlich verordneter Leistungen	23
§ 25 Bildung der Vergleichsgruppen	24
§ 27 Fallwertvergleich	25
§ 28 Sprechstundenbedarf	26
§ 29 Unwirtschaftlicher Mehraufwand	26
4. Abschnitt Sonstige Prüfungen	27
§ 30 Sonstiger Schaden und Richtlinienverstöße	27
§ 31 Weitere Prüfungen	27
§ 32 Prüfung der Zulässigkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf	28

5. Abschnitt	29
§ 33 Prüfung von weiteren Einrichtungen und Versorgungsverträgen	29
6. Abschnitt Widerspruchsverfahren / Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss	30
§ 34 Widerspruchsverfahren	30
7. Abschnitt Kosten	31
§ 35 Kostenregelungen	31
8. Abschnitt Schlussbestimmungen und Übergangsregelungen	32
§ 36 Salvatorische Klausel	32
§ 37 Inkrafttreten und Kündigung	32
Anlage 1 Entschädigungsregelung	34
Anlage 2 Vergleichsgruppen	35
Anlage 3 Technische Umsetzung	39
Anlage 4 Übersicht der gutgeschriebene Nachforderungsbeträge aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung	58
Anlage 5 Bevollmächtigte(r) Dienstleister nach §§ 30 und 32 Abs. 7 und § 32 Abs. 6	59
Anlage 6 Nicht besetzt	60
Anlage 7 Beratungen	61
Anlage 8 Musterschreiben Insolvenzverwalter	65
Anlage 9 Praxisbesonderheiten	68
Anlage 10 Regelungen zu Verfahren nach § 33 – Datenlieferung und Kosten der Verfahren	70

1. Abschnitt

Prüfungseinrichtungen

§ 1

Errichtung der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses

- (1) Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie die Prüfung der Zulässigkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf bilden die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen – vdek - (Verbände) gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss mit Sitz in Hannover bei der „Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Niedersachsen e.V.“.
- (2) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss sind je eine organisatorisch selbstständige Einheit. Beide nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr. Der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt.
- (3) Die Aufsicht über die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes Niedersachsen.
- (4) Die gesetzlichen Regelungen des Datenschutzes und der Datensicherheit im SGB X, Bundesdatenschutzgesetz, Niedersächsischen Datenschutzgesetz und in der Datenschutz-Grundverordnung sind einzuhalten. Die Bestellung des Datenschutzbeauftragten¹ erfolgt durch die in Abs. 1 genannte Arbeitsgemeinschaft.

§ 2

Prüfungsstelle

- (1) Der Leiter der Prüfungsstelle wird von den Vertragspartnern gemäß § 106c Abs. 2 S. 3 1. HS SGB V bestellt und kann durch diese abberufen werden.
- (2) Auf Vorschlag des Leiters der Prüfungsstelle einigen sich die Vertragspartner jährlich bis zum 30. November über die personelle, sachliche sowie finanzielle Ausstattung der Prüfungsstelle für das kommende Kalenderjahr.
- (3) Der Leiter der Prüfungsstelle führt die laufenden Verwaltungsgeschäfte und gestaltet die innere Organisation so, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes gerecht wird.
- (4) Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle unterliegen der Schweigepflicht. Sie sind zur Verschwiegenheit über alle Umstände, die ihnen anlässlich der Verfahren bekannt werden, verpflichtet.
- (5) Die Prüfungsstelle nach § 106c SGB V prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen

¹ Die Verwendung der männlichen Form soll den Lesefluss erleichtern. Die Angaben in dieser Vereinbarung beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.

Versorgung gemäß § 106 SGB V i. V. m. §§ 106a und § 106b SGB V. Dazu gehört auch die Durchführung der Berechnungen zur Feststellung der Zielerreichung gem. der Arznei- und Heilmittelzielvereinbarung. Grundlage für alle Prüfungen sind die durch die in §§ 296 und 297 SGB V genannten Institutionen zu liefernden Daten. Für Form, Inhalt und Einzelheiten der Datenübermittlung ist der Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen maßgebend.

- (6) Die Prüfungsstelle prüft die Zulässigkeit der Verordnungen von Sprechstundenbedarf.
- (7) Die Prüfungsstelle prüft verordnete Leistungen von Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 AMG (Anwendungsbeobachtung) beteiligt sind.
- (8) Die Prüfungsstelle prüft verordnete Leistungen von Ärzten weiterer Einrichtungen und im Rahmen von Versorgungsverträgen gemäß Abschnitt 5.
- (9) Zu den Aufgaben der Prüfungsstelle gehören insbesondere:
 - a. die Zusammenstellung der für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit maßgeblichen Tatsachen,
 - b. soweit erforderlich, unabhängige Sachverständige mit der Erstellung von Gutachten zu beauftragen,
 - c. die Prüfung in einer Durchschnittswertprüfung befindlichen Vertragsärzte hinsichtlich eines anhängigen Insolvenzverfahrens vor Bescheiderlass,
 - d. die Anmeldung von Forderungen jeglicher Prüfart zur Insolvenztabelle beim zuständigen Insolvenzverwalter,
 - e. die Festsetzung von Maßnahmen sowie die Erstellung von Bescheiden,
 - f. die Führung der Prüfsakte,
 - g. die Führung eines laufenden Verzeichnisses über die eröffneten Verfahren, den Verfahrensstand, Widersprüche, Klageverfahren, Forderungsanmeldungen in Insolvenzverfahren, Status der Forderungsanmeldung und Prüfergebnisse, das den Vertragspartnern in elektronischer Form monatlich aktualisiert zu übersenden ist,
 - h. die Erstellung einer quartalsweisen Übersicht der rechtskräftigen Beschlüsse gemäß den Absätzen 11 und 12 für die Vertragspartner,
 - i. die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung in Verfahren zur Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder die Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind,

- j.
 - k. die jährliche Berichterstattung an die Vertragspartner über die Anzahl der bei Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss eröffneten und abgeschlossenen Verfahren sowie die dort festgestellten Ergebnisse. Dieser Bericht bezieht sich auf das Kalenderjahr und ist bis zum 15. Februar des Folgejahrs vorzulegen. Die Vertragspartner erhalten zu diesem Termin je eine Ausfertigung des Berichts. Dieser Bericht ist gemäß § 106c Abs. 5 SGB V der Aufsichtsbehörde vorzulegen,
 - l. einmal jährlich bis spätestens 30. September eines Jahrs, die Einnahmen- und Ausgabenübersicht von Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss für das kommende Geschäftsjahr zur Genehmigung durch den Trägerverein gemäß § 1 Abs. 1 zu erstellen. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Es gelten die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit,
 - m. einmal jährlich, bis spätestens zwei Monate nach Ablauf eines Geschäftsjahrs, für Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss einen Rechenschaftsbericht für das abgelaufene Geschäftsjahr zur Entlastung durch den Trägerverein zu erstellen.
- (10) Die Prüfungsstelle unterstützt den Beschwerdeausschuss organisatorisch. Dazu gehören im Auftrag des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses insbesondere folgende Aufgaben:
- a) mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu Ausschusssitzungen zu laden, die erforderlichen Unterlagen zusammen zu stellen und an die Ausschussmitglieder zu übersenden. Auf Wunsch werden diese im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern übermittelt,
 - b) die Protokollführung,
 - c) nach Beschlussfassung, die Niederschriften und die Bescheide auszufertigen,
 - d) Stellungnahmen zu Verfahren, Niederschriften und Bescheiden sowie die Sitzungsprotokolle zu erstellen und zu versenden,
 - e) die Einnahmen- und Ausgabenübersicht und den Rechenschaftsbericht vorzubereiten.
- (11) Zur Honorarverrechnung teilt die Prüfungsstelle der KVN unverzüglich nach Bestandskraft von Honorarkürzungsbescheiden – spätestens aber nach Zustellung des Bescheids des Beschwerdeausschusses - gemäß den Entscheidungen der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses, den Prüfungszeitraum, die Prüfungsart, die Abrechnungsnummer und den Namen des Arztes, den Kürzungsbetrag, getrennt nach budgetierter und nichtbudgetierter Gesamtvergütung unter Ausweis der einzelnen Leistungen mit (gilt für Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten und ggf. Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen gem. § 106a SGB V).
- (12) Unverzüglich nach Bestandskraft von Bescheiden zu Prüfungen für ärztlich verordnete Leistungen - spätestens aber nach Zustellung des Beschlusses des Beschwerdeausschusses - informiert die Prüfungsstelle die am Verfahren Beteiligten über die durch die Prüfungsstelle und ggf. den Beschwerdeausschuss getroffenen Entscheidungen. Diese Mitteilung enthält den Prüfungszeitraum, die Prüfungsart, die Abrechnungsnummer und den Namen des Arztes sowie die Nachforderungssumme bzw. Schadensersatzsumme.

- (13) Die Prüfungsstelle überprüft in einer Durchschnittwertprüfung befindliche Vertragsärzte vor belastender Erteilung eines Bescheids auf ein anhängiges Insolvenzverfahren. Ist ein Insolvenzverfahren eröffnet, meldet die Prüfungsstelle die vorläufige Nachforderung schriftlich beim Insolvenzverwalter an. Hierfür nutzt die Prüfungsstelle das Musteranschreiben nach Anlage 8. Die Vertragspartner werden im Abstand von einem Monat über entsprechende Vorgänge von der Prüfungsstelle informiert.
- (14) Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle sind ausschließlich dem Leiter der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss fachlich weisungsgebunden. In sonstigen Angelegenheiten ist Einvernehmen mit dem Trägerverein (§ 1 Abs. 1) herzustellen.
- (15) Für ihre Aufgaben nach § 106c Abs. 2 SGB V bedient sich die Prüfungsstelle bereits bestehender Einrichtungen zur Datenverarbeitung, soweit sie nicht über eigene Einrichtungen verfügt.

§ 3

Beratungskommission

- (1) Zur fachlichen Unterstützung der Prüfungsstelle bei der Erfüllung ihrer Aufgaben können die Vertragspartner eine oder mehrere Beratungskommissionen bilden. Eine Beratungskommission besteht aus jeweils zwei Vertretern der Verbände und der KVN. Der Anspruch auf Entschädigung der entsandten Mitglieder der Verbände und der KVN richtet sich gegen die bestellenden Körperschaften nach deren Regelungen.
- (2) Eine Beratungskommission wird anlassbezogen auf Empfehlung aller Vertragspartner gebildet. Die Prüfungsstelle kann die Bildung einer Beratungskommission anregen/empfehlen. Die Bildung einer Beratungskommission kommt z. B. in Betracht für die Erarbeitung von Empfehlungen und für die Behandlung von Fragestellungen oder zur fachlich-inhaltlichen Unterstützung bei der Erstellung von Beratungsschreiben.

§ 4

Beschwerdeausschuss

- (1) Der Beschwerdeausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und jeweils drei Vertretern der Krankenkassen/Verbände sowie der KVN. § 1 Abs. 2 WiPrüfVO gilt entsprechend.
- (2) Für die Vertreter im Beschwerdeausschuss, die seitens der Krankenkassen/Verbände und der KVN bestellt werden, sind jeweils Stellvertreter in ausreichender Anzahl zu benennen.
- (3) Der unparteiische Vorsitzende und sein Stellvertreter werden durch die Vertragspartner gemeinsam bestellt. Die Vertreter der Krankenkassen/Verbände sowie der KVN, einschließlich deren Stellvertreter, werden durch die jeweils entsendenden Organisationen bestellt. Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sind gegenüber den sie entsendenden Organisationen fachlich nicht weisungsgebunden.
- (4) Die Sitzungen des Beschwerdeausschusses werden vom Vorsitzenden geleitet. Der Beschwerdeausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens der unparteiische Vorsitzende und jeweils zwei Vertreter der Krankenkassen/Verbände und KVN anwesend sind. Bei

Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Kann eine Sitzung wegen fehlender Beschlussfähigkeit nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden, wird nach erneuter Ladung mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder entschieden. In diesem Fall müssen mindestens der Vorsitzende oder sein Stellvertreter anwesend sein. Bei Fehlen eines Vertreters der Krankenkassen/Verbände oder der KVN sind die Vertreter der Krankenkassen/Verbände oder KVN nur in gleicher Zahl stimmberechtigt.

- (5) Die Amtsdauer der Mitglieder des Beschwerdeausschusses beträgt zwei Jahre. Eine erneute Bestellung der Mitglieder der abgelaufenen Amtsperiode zur nachfolgenden Amtsperiode ist möglich. Werden Mitglieder während einer laufenden Amtsperiode bestellt, endet ihre Mitgliedschaft mit dem Ende der jeweiligen Amtsperiode.
- (6) Der Vorsitzende und dessen Stellvertreter können aus wichtigem Grund durch übereinstimmenden Beschluss der Vertragspartner oder von der Aufsichtsbehörde, nach Anhörung der Vertragspartner, abberufen werden. Jede der bestellenden Körperschaften entbindet ein von ihr bestelltes Mitglied von seinem Amt, wenn das Mitglied dies wünscht oder ein wichtiger Grund vorliegt.
- (7) Die KVN und die Krankenkassen/Verbände teilen der Prüfungsstelle einen Wechsel der bestellten Mitglieder und Stellvertreter mit. Die Prüfungsstelle führt ein Verzeichnis über die Mitglieder und Stellvertreter des Beschwerdeausschusses. Jede Änderung ist seitens der Prüfungsstelle unverzüglich allen an dieser Vereinbarung beteiligten Vertragspartnern in Form einer aktuellen Gesamtübersicht anzuzeigen.
- (8) Bei Zweifeln an der Unbefangenheit eines Ausschussmitglieds gilt § 17 Abs. 2 SGB X in Verbindung mit § 16 Abs. 1 und 4 SGB X.
- (9) Der Vorsitzende und dessen Stellvertreter haben Anspruch auf eine in Anlage 1 geregelte Entschädigung gemäß § 2 Abs. 3 und 4 WiPrüfVO und auf Reisekosten nach § 2 Abs. 2 WiPrüfVO gegenüber dem Trägerverein der Prüfungsstelle.
- (10) Der Anspruch auf Entschädigung und Reisekosten der übrigen Mitglieder des Beschwerdeausschusses richtet sich gegen die bestellende Körperschaft nach deren Regelungen.
- (11) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses haben über den Hergang der Beratung sowie über die Person des vom Prüfverfahren betroffenen Arztes und über die Abstimmungen während und nach Beendigung der Mitgliedschaft gegenüber Dritten Stillschweigen zu bewahren. Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses haben das Recht, die Prüfsachen einzusehen.
- (12) Was in dieser Vereinbarung für Mitglieder bestimmt ist, gilt entsprechend für deren Stellvertreter.
- (13) Der Beschwerdeausschuss beschließt eine Geschäftsordnung zur Organisation und Zuständigkeit sowie zur weiteren Geschäftsverteilung und Stellvertretung. Die Geschäftsordnung ist der Aufsichtsbehörde und den Vertragspartnern vorzulegen.

§ 5 **Beteiligte**

- (1) Beteiligte am Verfahren sind:
 - a) betroffene, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ermächtigte Krankenhausärzte, Belegärzte, ärztlich geleitete Einrichtungen, Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 SGB V) - im Folgenden „Arzt“ genannt - und ggf. die weiteren Einrichtungen und Leistungserbringer der Versorgungsverträge gem. § 33.
 - b) die KVN,
 - c) die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen,
 - d) für Sonstige Prüfungen nach dem 4. Abschnitt die antragstellende Krankenkasse.
- (2) Die Beteiligten haben das Recht, alle Unterlagen eines Prüfverfahrens einzusehen. § 25 Abs. 4 SGB X gilt entsprechend.
- (3) Abweichend zu Absatz 1 sind Beteiligte an Verfahren gegen Einrichtungen gemäß § 33
 - a) betroffene Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, und die weiteren Einrichtungen und Leistungserbringer gem. § 33 - im Folgenden „Arzt“ genannt -.
 - b) die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen,
 - c) für Prüfungen auf Antrag die antragstellende Krankenkasse.

§ 6 **Verfahren vor der Prüfungsstelle**

- (1) Die Prüfungsstelle entscheidet:
 - a) über alle für die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlichen vorbereitenden Maßnahmen, soweit in dieser Vereinbarung keine besonderen Regelungen enthalten sind,
 - b) über die Anforderung der zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise des Arztes notwendigen Unterlagen bei den am Verfahren Beteiligten,
 - c) über die Beratung der Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von diesen im Prüfzeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen zu Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung,
 - d) über eine Geschäftsordnung zur Organisation und Zuständigkeit sowie zur weiteren Geschäftsverteilung. Die Geschäftsordnung ist der Aufsichtsbehörde und den

Vertragspartnern vorzulegen,

- e) über Maßnahmen nach Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen (§ 106a Abs. 1 SGB V),
 - f) über Maßnahmen nach Prüfung ärztlicher Behandlungsweise und ärztlich verordneter Leistungen entsprechend den im 3. Abschnitt festgelegten Prüfarten (§§ 106a, 106b SGB V),
 - g) über Maßnahmen nach Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen weiterer Einrichtungen und Versorgungsverträge gemäß Abschnitt 5,
 - h) über Maßnahmen nach Prüfung der Zulässigkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf.
 - i) über Maßnahmen nach Prüfung Sonstiger Schäden gemäß § 48 BMV-Ärzte und von Verstößen gegen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 SGB V,
- (2) Die Prüfungsstelle räumt den Beteiligten eine Frist zur Stellungnahme von i. d. R. sechs Wochen ein; die Frist kann in begründeten Fällen auf Antrag verlängert werden.
- (3) Die Entscheidungen der Prüfungsstelle werden den Beteiligten gemäß § 5 durch Bescheid bekannt gegeben. Der Bescheid ist zu begründen, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und vom Leiter der Prüfungsstelle oder einem bevollmächtigten Mitarbeiter der Prüfungsstelle zu unterzeichnen. Der Bescheid ist den Beteiligten bekanntzugeben; soweit die technischen Möglichkeiten beim Adressaten vorhanden sind, erfolgt die Bekanntgabe in elektronischer Form (§ 1 Abs. 2 NdsVwZG i. V. m. § 5 Abs. 4-7 VwZG).
- (4) Der Bescheid der Prüfungsstelle ist so zu begründen, dass aus ihm die Gründe für die Vornahme oder das Unterbleiben von Kürzungen oder Nachforderungen nachvollziehbar sind. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Prüfungsstelle zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Es sollen insbesondere für folgende Sachverhalte verständliche und ausführliche Begründungen enthalten sein:
- Anerkennung oder Nichtanerkennung von Praxisbesonderheiten und/oder
 - Anerkennung oder Nichtanerkennung kompensationsfähiger Einsparungen,
 - Erläuterungen zu Entscheidungen, soweit die Prüfungsstelle nach ihrem Ermessen entschieden hat.
- (5) Nach § 106b Abs. 2 Satz 3 HS 1 SGB V ist bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen einer statistischen Prüfung eine individuelle Beratung festzusetzen und durchzuführen. Dies gilt für die in den Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung aufgelisteten Verordnungsbereichen jeweils gesondert:
- Verordnungen von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V)
 - Verordnung von Arznei- und Verbandsmitteln einschließlich Sprechstundenbedarf (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)

- Verordnung von Heilmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- Verordnung von Hilfsmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- Verordnung von Krankentransporten (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
- Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 73 Abs. 2 Satz 8 SGB V)
- Verordnung von Soziotherapie (§ 73 Abs. 2 Nr. 12 SGB V)
- Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (§ 73 Abs. 2 Nr. 14 SGB V)

(6) Eine erstmalige Auffälligkeit bei statistischen Prüfungen liegt vor, wenn bisher weder

- eine individuelle Beratung nach § 106b Abs. 2 Satz 3 HS 1 SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,
- noch eine Nachforderung“ (Erstattung des Mehraufwands im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) oder
- Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt ferner vor, wenn eine in § 6 Abs. 5 Satz 1 genannte Maßnahme länger als fünf Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurück liegt.

(7) Die Festsetzung einer Beratung, Nachforderung oder einer Kürzung als Maßnahme bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen hat innerhalb der vom Gesetzgeber in § 106 Abs. 3 SGB V definierten jeweils geltenden Fristen und Vorgaben nach Ende des Prüfungszeitraums zu erfolgen. Nach erfolgter Beratung gem. § 106b Abs. 2 S. 3 SGB V dürfen weitere Maßnahmen im Rahmen einer statistischen Prüfung erstmals für den Prüfzeitraum nach erfolgter individueller Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden.

(8) Die individuelle Beratung kann frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheids erfolgen und soll spätestens sechs Monate nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheids durchgeführt worden sein. Das Nähere ist in Anlage 7 geregelt.

§ 7

Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

- (1) Der Beschwerdeausschuss entscheidet über Widersprüche Beteiligter gemäß § 5 gegen von der Prüfungsstelle beschlossene Maßnahmen.
- (2) Der Vorsitzende kann zu einer persönlichen Anhörung des Widerspruchsführers vor dem Beschwerdeausschuss laden sowie schriftlichen Anträgen des Widerspruchsführers auf persönliche Anhörung stattgeben, wenn dies zur Aufklärung des Sachverhaltes oder zur Beratung des Arztes sachdienlich erscheint. Im Übrigen ist auf eine vollständige Sachverhaltsermittlung im schriftlichen Verfahren hinzuwirken. Bei Nichterscheinen der Geladenen kann auch in deren Abwesenheit nach Aktenlage entschieden werden, hierauf ist in

der Ladung hinzuweisen.

- (3) Der Beschwerdeausschuss verhandelt in nicht öffentlicher Sitzung. Er entscheidet nach geheimer Beratung unter Ausschluss der Beteiligten.
- (4) Der Beschwerdeausschuss kann Sachverständige anhören.
- (5) Ein Vertreter der KVN darf bei der Überprüfung seiner eigenen ärztlichen Tätigkeit als Mitglied des Beschwerdeausschusses nicht mitwirken.
- (6) Der Beschwerdeausschuss entscheidet durch Beschluss. Der Beschluss ist in Bescheidform zu fassen, zu begründen, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen, vom Vorsitzenden zu unterzeichnen und den Beteiligten entsprechend § 6 Abs. 3 S. 2 zuzustellen.
- (7) Der Bescheid des Beschwerdeausschusses ist so zu begründen, dass aus ihm die Gründe für die Vornahme oder das Unterbleiben von Kürzungen oder Nachforderungen nachvollziehbar sind. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die den Beschwerdeausschuss zu seiner Entscheidung bewogen haben. Es sollen insbesondere für folgende Sachverhalte verständliche und ausführliche Begründungen enthalten sein:
 - Anerkennung oder Nichtanerkennung von Praxisbesonderheiten und/oder
 - Anerkennung oder Nichtanerkennung kompensationsfähigen Einsparungen,
 - Berechnungen und Erläuterungen zur Berücksichtigung der Kostendifferenz gem. § 106 b Abs. 2a SGB V,
 - Erläuterungen zu Entscheidungen, soweit der Beschwerdeausschuss nach seinem Ermessen entschieden hat.
- (8) Nach § 106b Abs. 2 S. 3 HS 1 SGB V ist bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen einer statistischen Prüfung eine individuelle Beratung festzusetzen und durchzuführen. Dies gilt für die in den Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung aufgelisteten Verordnungsbereichen jeweils gesondert:
 - Verordnungen von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V)
 - Verordnung von Arznei- und Verbandsmitteln einschließlich Sprechstundenbedarf (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von Heilmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von Hilfsmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von Krankentransporten (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von Behandlung in Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 73 Abs. 2 Satz 8 SGB V)

- Verordnung von Soziotherapie (§ 73 Abs. 2 Nr. 12 SGB V)
- Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (§ 73 Abs. 2 Nr. 14 SGB V)

- (9) Eine erstmalige Auffälligkeit bei statistischen Prüfungen liegt vor, wenn bisher weder
- eine individuelle Beratung nach § 106b Abs. 2 S. 3 HS 1 SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,
 - noch eine „Nachforderung“ (Erstattung des Mehraufwands im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) oder
 - Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt ferner vor, wenn eine in Satz 1 genannte Maßnahme länger als fünf Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurückliegt.

- (10) Die Entscheidung des Beschwerdeausschusses gemäß § 106c Abs. 1 SGB V soll innerhalb von zwei Jahren nach Zugang des Widerspruchs bei der Prüfungsstelle erfolgen. Weitere Maßnahmen im Rahmen einer statistischen Prüfung dürfen erstmals für den Prüfzeitraum nach erfolgter individueller Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden.
- (11) Die individuelle Beratung kann frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheids erfolgen und soll spätestens sechs Monate nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides durchgeführt worden sein. Das Nähere ist in Anlage 7 geregelt.
- (12) Über die Sitzungen des Beschwerdeausschusses sind Protokolle anzufertigen. Sie enthalten die Bezeichnung des Ausschusses, Zeit und Ort der Sitzung, die Teilnehmer, Beginn und Ende der Sitzung und die wesentlichen Erklärungen und Feststellungen sowie die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses. Das Protokoll ist vom Vorsitzenden und vom Protokollführer zu unterzeichnen. Das Protokoll erhalten die Mitglieder des Beschwerdeausschusses und die Vertragspartner. Der jeweiligen Prüfsache ist ein arzt- bzw. betriebsstättenbezogener Protokollauszug der Sitzung des Beschwerdeausschusses beizufügen, der Angaben enthalten muss zu Ort, Zeit und Teilnehmern der Sitzung sowie den Text des Beschlusses, auf den der den jeweiligen Arzt betreffende Bescheid des Beschwerdeausschusses Bezug nimmt.

§ 8

Ergebnis des Prüfverfahrens

- (1) Als Ergebnis ihrer Prüfungen entscheidet die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss,
- a) ob der Sachstand keine Veranlassung zu Prüfmaßnahmen gibt,
 - b) ob der Arzt (ggf. erneut) zu beraten ist,

- c) ob und ggf. in welcher Höhe eine Kürzung oder eine Nachforderung festzusetzen ist,
 - d) ob durch das Vorliegen von Prüfverfahren zum gleichen Prüfzeitraum eine Prüfmaßnahme überhaupt möglich ist.
- (2) Beschließt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss in erforderlichen Fällen eine Beratung der Ärzte über die Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung, erfolgt dies nach Maßgabe des § 106 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 1 Abs. 5 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung (WiPrüfVO) als Ergebnis des Prüfverfahrens im Rahmen eines schriftlichen Bescheids. Der Bescheid soll Hinweise zu den rechtlichen und tatsächlichen Gegebenheiten enthalten, die nach Auffassung der Prüfungseinrichtung zu einer unwirtschaftlichen Behandlungs- bzw. Ordnungsweise geführt haben. Der Bescheid soll dem Betroffenen Möglichkeiten aufzeigen, Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen und die Behandlungs- bzw. Ordnungsweise dem Wirtschaftlichkeitsgebot anzupassen. Gegenstand, Ziel und Inhalt der Beratungen sind in Anlage 7 geregelt.
- (3) Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss setzt die Höhe der Kürzung oder der Nachforderung fest. Bei der Festsetzung einer Nachforderung sind gesetzliche Rabatte zu berücksichtigen. Zuzahlungen der Versicherten sind als pauschalisierte Beträge zu berücksichtigen. Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die entsprechenden Beträge als Summe der Zuzahlungen der Versicherten arztbezogen. Die Aufteilung des festgestellten Betrags auf die einzelnen Krankenkassen erfolgt durch die KVN gemäß § 10.

§ 9

Aufgaben des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses

Der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses ist für die Durchführung der Aufgaben des Ausschusses verantwortlich. Er führt die laufenden Geschäfte des Ausschusses und bedient sich hierzu der Prüfungsstelle. Insbesondere hat er:

- a) die Sitzungstermine im Benehmen mit den Ausschussmitgliedern festzusetzen,
- b) die Tagesordnung festzulegen,
- c) soweit erforderlich, unabhängige Sachverständige mit der Erstellung von Gutachten zu beauftragen,
- d) in Zusammenarbeit mit der Prüfungsstelle die Entscheidungen vorzubereiten, einschließlich der Anforderung von Angaben und Beweismitteln von den Beteiligten sowie der Zustellung von Anträgen und Schriftsätzen an die Beteiligten,
- e) die Sitzungen zu leiten und
- f) den Ausschuss gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten.

§ 10

Aufgaben der KVN

- (1) Die KVN verteilt die von der Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss festgesetzte

Honorarkürzung bzw. die Nachforderungsbeträge in den Verfahren nach § 6 Abs. 1 Buchst. e) bis f) auf die an der Abrechnung des Arztes beteiligten Krankenkassen nach Behandlungsfallzahlen des Prüfzeitraums. In den Verfahren nach § 6 Abs. 1 Buchst. i) wird der festgesetzte Betrag der jeweils antragstellenden Krankenkasse gutgeschrieben. Die Krankenkassen werden über die Kürzungen bzw. Beträge (Anlage 4) informiert. Die Sätze 1 bis 3 gelten analog für Nachforderungen nach § 6 Abs. 1 Buchst. h), mit der Maßgabe, dass die Beträge dem Treuhandkonto des Dienstleisters der Krankenkassen bzw. der Verbände (Anlage 5) gutgeschrieben werden.

- (2) Die Beträge nach Abs. 1 werden mit den von den Krankenkassen zu entrichtenden Zahlungen der Gesamtvergütung an die KVN verrechnet. Die Verrechnung und der entsprechende Ausweis der Beträge erfolgt im nächstmöglichen Formblatt 3. Die Krankenkassen werden quartalsweise in einer Mitteilung über die im Formblatt 3 gutgeschriebenen Beträge informiert, aus der sich der Arzt, die Prüffart, der Prüfzeitraum und der gutgeschriebene Betrag ergibt. Die Verbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen sind daneben quartalsweise durch eine Gesamtdarstellung der im Quartal mit den Krankenkassen verrechneten Beträge aus GKV-übergreifenden Prüffarten gemäß Anlage 4 zu informieren.
- (3) Die KVN erfüllt Schadenersatzforderungen der Krankenkassen durch Aufrechnung gegen Honorarforderungen des Arztes, wenn die Bestandskraft der Entscheidung, die der Forderung zugrunde liegt, eingetreten ist oder ein gegen die Entscheidung eingelegtes Rechtsmittel keine aufschiebende Wirkung hat.

§ 11

Rechnerische und sachliche Beanstandungen

Stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss im Rahmen ihrer/seiner Tätigkeit rechnerische und sachliche Fehler der Abrechnung fest, so gibt sie die Abrechnung an die KVN zur Überprüfung zurück. Ist dieser Fehler für das Prüfverfahren von Bedeutung, wird das Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren bis zum Abschluss der Überprüfung ausgesetzt. Das Ergebnis der Überprüfung wird seitens der KVN der Prüfungsstelle oder dem Beschwerdeausschuss mitgeteilt.

§ 12

Grundlagen der Prüfung

- 1) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist eine arzt- bzw. betriebsstättenbezogene Prüfung. Die Tätigkeit der angestellten Ärzte wird dem anstellenden Arzt, der anstellenden Berufsausübungsgemeinschaft bzw. dem anstellenden Medizinischen Versorgungszentrum als Träger der Betriebsstätte zugeordnet.
- (2) Die Tätigkeit an den Nebenbetriebsstätten ist der Hauptbetriebsstätte zuzuordnen. Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft wird die Tätigkeit an den Nebenbetriebsstätten dem gewählten Hauptsitz zugeordnet.
- (3) Sofern ein Arzt an unterschiedlichen Betriebsstätten und/ oder Nebenbetriebsstätten in einem jeweils anderen vertragsarztrechtlichen Status (als Arzt, angestellter Arzt, Arzt im Medizinischen Versorgungszentrum, ermächtigter Arzt, Arzt in genehmigter

Berufsausübungsgemeinschaft), tätig ist, so wird seine Tätigkeit der jeweiligen Betriebsstätte nach den für die Betriebsstätte geltenden Regeln zugeordnet.

§ 13

Praxisbesonderheiten / Kompensatorische Einsparungen

- (1) Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, die für die Vergleichsgruppe von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungs-kosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert. Wird eine Praxisbesonderheit mit besonderen Kenntnissen oder mit einer besonderen Praxisausstattung begründet, setzt die Anerkennung durch die Prüfungsstelle oder den Beschwerdeausschuss den Nachweis voraus, dass diese Besonderheiten zu einer entsprechenden Konzentration von Patienten geführt haben, die dieser Besonderheiten bedürfen. Die in Anlage 9 genannten Praxisbesonderheiten sowie § 14 Abs. 7 bleiben davon unberührt.
- (2) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss haben allen Hinweisen auf Praxisbesonderheiten des überprüften Arztes nachzugehen, soweit diese ihnen aus den Unterlagen oder in sonstiger Weise bekannt sind oder soweit sie vom überprüften Arzt konkret und nachvollziehbar geltend gemacht werden. Für die geltend gemachten Praxisbesonderheiten trägt der Arzt die Beweislast.
- (3) Kann die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss sich nach Ausschöpfung aller vertretbaren Prüfmöglichkeiten nicht davon überzeugen, dass die geltend gemachte Praxisbesonderheit gerechtfertigt ist, hat die Anerkennung zu unterbleiben. In der Beschlussbegründung ist darzulegen, welche Untersuchungen und Überlegungen die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss angestellt hat und welche Gründe für die Ablehnung maßgebend gewesen sind.
- (4) Gelangt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss zu dem Ergebnis, dass eine Praxisbesonderheit vorliegt, ist das Ausmaß zu bestimmen. Lässt sich der Umfang der kostenmäßigen Auswirkungen einer Praxisbesonderheit nicht beziffern, ist er zu schätzen. Der überprüfte Arzt ist im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht gehalten, insbesondere durch Vorlage zusätzlicher Unterlagen dazu beizutragen, dass die kostenmäßigen Auswirkungen einer Praxisbesonderheit wirklichkeitsnah bestimmt oder geschätzt werden können. Unterlässt er die ihm mögliche und zumutbare Mitwirkung, kann die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss die Anerkennung ablehnen.
- (5) Der Mehraufwand im geprüften Bereich kann durch einen Minderaufwand in einem anderen Bereich ganz oder teilweise ausgeglichen werden. Voraussetzung für einen solchen Ausgleich ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Mehraufwand und Minderaufwand.
- (6) Der Arzt und die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss sollen zur Klärung der Frage zusammenwirken, ob zwischen den Mehraufwendungen im geprüften Bereich und den Minderaufwendungen in einem anderen Bereich ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Der Arzt kann den Nachweis der Ursächlichkeit durch Darlegungen anhand von Einzelfällen führen, sofern diese Einzelfälle repräsentativ für den Prüfgegenstand sind. Kann hiernach eine Ursächlichkeit nicht vermutet werden, geht die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss davon aus, dass ein kompensationsfähiger Minderaufwand nicht vorliegt.

- (7) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss haben allen Hinweisen auf kompensationsfähige Einsparungen nachzugehen, soweit sie sich aus den Unterlagen ergeben, anderweitig bekannt sind oder vom überprüften Arzt konkret und nachvollziehbar geltend gemacht werden.
- (8) Besondere Versorgungsbedarfe bei Verordnungen von Heilmitteln sind als Praxisbesonderheiten anzuerkennen, soweit gesetzliche oder vertragliche Regelungen dies vorsehen, und vor Einleitung des Prüfverfahrens zu berücksichtigen.
- (9) Darüber hinaus können seitens des Arztes weitere individuelle Praxisbesonderheiten geltend gemacht werden, soweit dies gesetzlich oder vertraglich möglich ist. Die Prüfungsstelle entscheidet über den Umfang der anzuerkennenden Praxisbesonderheiten, sofern diese nicht bereits von Amts wegen zu berücksichtigen sind (z.B. Ersatzverordnungen).

2. Abschnitt

Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen gem. § 106a SGB V

§ 14

Einleitung des Prüfverfahrens

- (1) Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen nach § 106a SGB V kann auf begründeten Antrag einer einzelnen Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der KVN bei der Prüfungsstelle erfolgen. Dieser Antrag ist innerhalb von 18 Monaten nach Erlass des Honorarbescheids bei der Prüfungsstelle einzureichen. Die Prüfungsstelle stellt den Vertragspartnern quartalsweise entsprechende Übersichtslisten zur Verfügung. Eine Prüfung erfolgt im Wege einer Einzelfallprüfung. Prüfungen nach den Abschnitten 3 und 4 sind nicht Gegenstand der Prüfung gem. § 106a SGB V.
- (2) Prüfungen nach § 106a Abs. 1 S. 1 SGB V können neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen einschließlich Sachkosten auch Überweisungen sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwendige medizinisch-technische Leistungen, umfassen.
- (3) Der Antrag muss die betroffene Praxis, den Prüfgegenstand und den Abrechnungszeitraum bezeichnen und einen ausreichenden Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit nahelegen. Der Antrag ist schriftlich zu begründen. Eine statistische Abweichung von Durchschnitt einer Vergleichsgruppe allein reicht für eine Begründung nicht aus.
- (4) Die Begründung soll konkrete Sachverhalte am Beispiel einzelner Patienten bezeichnen, die einen ausreichenden Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit nahelegen. Insbesondere kommen folgende Sachverhalte in Betracht:
 - a) Verdacht auf fehlende medizinische Indikation (Fehlindikation)
 - b) Verdacht auf fehlende Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen Ziels (Ineffektivität),
 - c) Verdacht auf mangelnde Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualitätsmangel), insbesondere in Bezug auf die in den Richtlinien des GB-A enthaltenen Vorgaben,
 - d) Verdacht auf Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel.
- (5) Dem Antrag sind die zur Begründung des Verdachts erforderlichen Unterlagen beizufügen.
- (6) Die Anzahl der pro Quartal zu prüfenden Praxen darf 2 % pro Vergleichsgruppe nicht überschreiten. Sind 2 % weniger als 1 kann höchstens eine Hauptbetriebsstätte dieser Gruppe geprüft werden.
- (7) Bei der Geltendmachung und Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gelten die Vorgaben dieser Vereinbarung entsprechend, mit der Maßgabe, dass nicht der

Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen:

- a) Besuchsleistungen (§ 106a Abs. 4 S. 4 SGB V),
 - b) Betriebsstätten, die gem. § 103 Abs. 2 S. 8 SGB V in einer bestimmten Region im Bedarfsplan ausgewiesen sind (Landarztpraxen) sowie
 - c) Praxen mit einer Konzentration der Versorgung in Hospizen oder in Pflegeheimen oder Besonderheiten bei der Versorgung bestimmter Patientengruppen (z.B. bei anerkannter Pflegebedürftigkeit oder bei schwerer Erkrankung), bei der die Patienten nicht selbst in der Lage sind, ärztliche Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Die damit in Zusammenhang stehenden Leistungen sind nach entsprechender Benennung der in Frage kommenden Leistungen im Rahmen des Prüfverfahrens oder bereits vorab durch Antrag bei der Prüfungsstelle als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen.
- (8) Die Prüfungsstelle wählt geeignete Prüfkriterien aus, um konkrete Anhaltspunkte für die Bewertung zu erhalten. Mögliche Prüfkriterien werden in Anlage 3 dargestellt.
- (9) Im Übrigen gelten die Rahmenempfehlungen gem. § 106a Abs. 3 S. 1 SGB V der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen als unmittelbarer Bestandteil dieser Vereinbarung.

§ 15

Datenlieferung durch die Kassenärztliche Vereinigung

- (1) Bei begründeter Antragstellung durch die KVN nach § 14 Abs. 1 liefert diese der Prüfungsstelle für die vom Prüfantrag betroffenen Ärzte/Psychotherapeuten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen fallbezogen einen Datensatz mit den zur Prüfung erforderlichen Inhalten.
- (2) Soweit bei begründeter Antragstellung einzelner Krankenkassen oder mehrerer Krankenkassen gemeinsam nach § 14 Abs. 1 die Prüfungsstelle weitere Daten der vom Prüfantrag betroffenen Ärzte/Psychotherapeuten oder ärztlich geleitete Einrichtungen benötigt, stellt die KVN diese auf Anforderung durch die Prüfungsstelle zur Verfügung.
- (3) Die konkreten Einzelheiten der Datenübermittlung, die Termine, die Inhalte von Statistiken und der technischen Umsetzung sind in Anlage 3 geregelt. Die Erstellung und Übermittlung der Statistiken und Daten an die Prüfungsstelle erfolgt unentgeltlich.

§ 16

Ergebnis der Prüfung ärztlicher Leistungen gem. § 106a SGB V

- (1) Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss trifft bei festgestellter Unwirtschaftlichkeit eine Entscheidung über die Prüfmaßnahme (z.B. Honorarkürzungen oder Beratung). Bei erstmaliger im Rahmen einer Prüfung nach § 106a SGB V festgestellter Unwirtschaftlichkeit soll einer Beratung der Vorzug gegeben werden.
- (2) Das Ergebnis der Prüfung kann Veranlassung geben, eine Prüfung nach § 106d SGB V durchzuführen. In diesem Fall übermittelt die Prüfungsstelle die entsprechenden Erkenntnisse an die Vertragspartner.

- (3) Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss informiert die Beteiligten über das Ergebnis der Prüfung.

3. Abschnitt

Prüfung nach Durchschnittswerten

a) Prüfung ärztlicher Behandlungsweise

§ 17

Prüfanträge zur Überwachung der ärztlichen Leistungen

- (1) Die Prüfung ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten erfolgt auf Antrag eines Vertragspartners dieser Vereinbarung und kann sich auf den Gesamtfallwert dieser Praxis, einzelne Gebührenordnungsnummern des EBM oder auf Teilbereichsfallwerte (Spartenvergleich) beziehen.
- (2) Anträge sind an die Prüfungsstelle zu richten. Die Prüfungsstelle stellt die für das Quartal gestellten Anträge als Liste zusammen und teilt den Vertragspartnern mit, inwieweit bereits schon andere Prüfverfahren für denselben Zeitraum eingeleitet oder beantragt wurden.
- (3) Nach Zugang der Mitteilung gemäß Abs. 2 hat der Antragssteller das Recht innerhalb von zwei Wochen den Antrag zurückzunehmen. Nach Ablauf dieser Frist beginnt das Prüfverfahren.
- (4) Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V getroffen, darf bei Ärzten der betroffenen Arztgruppe (Vergleichsgruppe) keine Prüfung nach Durchschnittswerten durchgeführt werden.

§ 18

Statistiken zur Überwachung der ärztlichen Behandlungsweise

- (1) Grundlage für die Prüfungen sind die durch die in §§ 296 und 297 SGB V genannten Institutionen zu liefernden Daten. Für Form, Inhalt und Einzelheiten der Datenübermittlung ist der Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen maßgebend.
- (2) Die konkreten Einzelheiten der Datenübermittlung, die Termine, der Inhalte von Statistiken und der technischen Umsetzung sind in Anlage 3 geregelt. Die Erstellung und Übermittlung der Statistiken und Daten an die Prüfungsstelle erfolgt unentgeltlich.

§ 19

Bildung der Vergleichsgruppen

- (1) Für alle Vertragsärzte werden Vergleichsgruppen auf Landesebene gebildet. Um den unterschiedlichen Praxisstrukturen in ländlichen Bereichen auf der einen und in städtischen

Verdichtungsräumen auf der anderen Seite Rechnung zu tragen und möglichst homogene Vergleichsgruppen zu ermöglichen, wird für Vertragsärzte mit Zulassung für die hausärztliche Versorgung je KVN-Bezirksstelle bzw. mit Niederlassung in entsprechenden Verdichtungsräumen eine gesonderte Vergleichsgruppe gebildet. Für welche Verdichtungsräume dies zutrifft, wird in Anlage 2 bestimmt. Für Internisten und Kinderärzte erfolgt eine Aufteilung in fachärztlich bzw. hausärztlich Tätige. Darüber hinaus werden separate Vergleichsgruppen für Ärzte mit einem besonderen Versorgungsauftrag bzw. einer Sicherstellungszulassung nach Anlage 2 gebildet.

- (2) Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage des durchschnittlichen Leistungsbedarfs je Fall (Fallwert) pro Quartal.
- (3) Stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss fest, dass einzelne Leistungen, die bei dem Arzt überprüft werden sollen, von den Angehörigen der Vergleichsgruppe in einem erheblichen, den Gruppenfallwert beeinflussenden Umfang nicht abgerechnet werden, wird eine neue Vergleichsgruppe aus denjenigen Vertragsärzten gebildet, die die Leistung abgerechnet haben.
- (4) Einer Vergleichsgruppe sollen möglichst mehr als 20 Praxen angehören. Für weniger als zehn Praxen darf in der Regel eine Vergleichsgruppe nicht gebildet werden.
- (5) Besteht die Vergleichsgruppe aus 20 oder weniger Praxen, wird die Abrechnung des überprüften Arztes bei der Ermittlung des Fallwerts der Vergleichsgruppe nicht berücksichtigt.
- (6) Für Vertragsärzte, die zum Führen von zusätzlichen Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen nach Maßgabe der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern berechtigt sind, kann eine entsprechende besondere Vergleichsgruppe gebildet werden. Dies gilt auch für Ärzte und Praxen, für die ein besonderer Versorgungsauftrag bzw. eine Sicherstellungszulassung durch die KVN genehmigt wurde (Anlage 2). Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss kann auch in anderen Fällen besondere Vergleichsgruppen bilden. Sie sollen eine besondere Vergleichsgruppe bilden, wenn die Tätigkeit eines Arztes sich vom Durchschnitt der Angehörigen derselben Vergleichsgruppe wesentlich unterscheidet und das Unterscheidungsmerkmal die Zubilligung eines erhöhten Fallwerts sachlich rechtfertigt. Absätze 3 bis 5 finden auch bei der Bildung besonderer Vergleichsgruppen Anwendung.

§ 20

Bildung der Fallwerte

- (1) Alle ambulanten (einschließlich belegärztlichen) kurativen Leistungen einschließlich der Sonstigen Hilfen, die die zugelassenen niedersächsischen Vertragsärzte den AOKn, BKKn, IKKn, SVLFG, der Knappschaft sowie der Ersatzkassen auf Abrechnungsscheinen und/oder Überweisungsscheinen (Muster 5 und 6), Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19) pro Quartal in Rechnung gestellt haben, werden zusammengefasst und durch die Zahl der abgerechneten Behandlungsfälle geteilt.
- (2) Für den ärztlichen Notdienst (Muster 19) wird ein entsprechend berechneter Fallwert gesondert ausgewiesen.

- (3) Die konkreten Einzelheiten der Datenübermittlung, die Termine, die Inhalte von Statistiken und der technischen Umsetzung sind in Anlage 3 geregelt. Die Erstellung und Übermittlung der Statistiken und Daten an die Prüfungsstelle erfolgt unentgeltlich.

§ 21

Fallwertvergleich

- (1) Überschreitet der Arzt den Durchschnittswert seiner Vergleichsgruppe um mehr als 50 %, kann die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss im Allgemeinen ein offensichtliches Missverhältnis annehmen, das die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit begründet, soweit die Überschreitung des Durchschnittswerts nicht bereits vorab durch bekannte Praxisbesonderheiten erklärbar ist. Andernfalls wird dem Arzt Gelegenheit gegeben, innerhalb eines Monats die Höhe seiner Ausgaben zu begründen. Abweichend von Satz 1 gilt bei der Prüfung einzelner Gebührenordnungsnummern die Interventionsgrenze von 100 %.
- (2) Sofern es sich um eine besonders homogene Vergleichsgruppe handelt, kann die Annahme eines offensichtlichen Missverhältnisses bei einer geringeren prozentualen Überschreitung des Durchschnittswerts der Vergleichsgruppe erfolgen.
- (3) Unter den in den Absätzen 1 und 2 genannten Voraussetzungen können prozentuale Honorarkürzungen vorgenommen werden.

§ 22

Unwirtschaftlicher Mehraufwand

- (1) Als Ergebnis ihrer Prüfung stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss fest, ob der Arzt unwirtschaftliche Mehrkosten verursacht hat.
- (2) Hat der Arzt unwirtschaftliche Mehrkosten verursacht, ist deren Umfang zu bestimmen. Bei der Honorarprüfung wird der unwirtschaftliche Mehraufwand in Abhängigkeit der Bewertung der Leistung in Punkten bzw. in Euro ausgewiesen, jeweils je Fall und insgesamt.
- (3) Die Höhe des unwirtschaftlichen Mehraufwands bestimmt sich aus der Differenz zwischen dem Fallwert des Arztes und dem um einen Toleranzrahmen erhöhten Vergleichsgruppenwert. Hat die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss kompensationsfähige Einsparungen und/oder Praxisbesonderheiten anerkannt, bestimmt sich der unwirtschaftliche Mehraufwand in diesem Falle aus der Differenz zwischen dem bereinigten Vertragsarztfallwert und dem um den Toleranzrahmen erhöhten Vergleichsgruppenwert. Durch Multiplikation mit der Fallzahl ist der Gesamtaufwand des unwirtschaftlichen Mehraufwands zu ermitteln.

b) Prüfung ärztlich verordneter Leistungen**§ 23*****Prüfung ärztlich verordneter Leistungen***

- (1) Für erstmalig zugelassene Ärzte erfolgt in den ersten beiden Prüfzeiträumen (acht Quartale) nach der Zulassung keine Maßnahme im Rahmen der Prüfung nach Durchschnittswerten.
- (2) Die Vertragspartner können durch eine regionale Ziel-/Ablösevereinbarung die Durchführung der Durchschnittswertprüfung nach den Absätzen 3 bis 5 für einzelne oder alle Ärzte ausschließen. Die Prüfungsstelle wird durch die Vertragspartner über die Inhalte einer entsprechenden Vereinbarung informiert.
- (3) Gemäß § 106b Abs. 1 SGB V ist die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten betriebsstättenbezogen bei Überschreitung der Interventionsgrenze von 50% als Auffälligkeitsprüfung durchzuführen.
- (4) Unterschreitet die Zahl der Vertragsärzte in der Vergleichsgruppe die Anzahl zehn, sind diese von der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V für die Verordnungsbereiche Arznei- und Verbandmittel einschl. Sprechstundenbedarf sowie Heilmittel ausgeschlossen.
- (5) Vertragsärzte, die eine geringe Anzahl von Verordnungen oder geringe Anzahl von Fällen aufweisen, sind von der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V für die Verordnungsbereiche Arznei- und Verbandmittel einschl. Sprechstundenbedarf sowie Heilmittel ausgeschlossen.
- (6) Die Durchschnittsprüfung soll für nicht mehr als 5 vom Hundert der Vertragsärzte einer Vergleichsgruppe durchgeführt werden. Die Ermittlung der Gesamtzahl der 5 vom Hundert zu prüfenden Praxen (BSNR) erfolgt unter der Maßgabe, dass die Reihenfolge der zu prüfenden Praxen anhand einer gemeinsamen Gesamtliste (Überschreiterliste), bestehend aus den jeweiligen Durchschnittswerten für Arznei- und Heilmittel, erfolgt. Sollte die gemäß Abs. 1 ermittelte Gesamtzahl der Überschreiter einer Vergleichsgruppe die Grenze nach Satz 1 übersteigen, wird eine Begrenzung der durchzuführenden Durchschnittswertprüfung vorgenommen. Dies geschieht durch eine Vorabprüfung in der nachfolgenden Reihenfolge bis die Gesamtzahl der Prüfverfahren die Grenze nach Satz 1 erreicht bzw. nicht mehr übersteigt:
 - a) Gegen Ärzte, die sich in allen drei Jahren vor dem aktuellen Prüfungsjahr in einem förmlichen Prüfverfahren befunden haben, ihnen gegenüber aber in keinem dieser drei vorhergehenden Prüfungsjahre eine Maßnahme festgesetzt wurde, wird eine Prüfung nach Durchschnittswerten im aktuellen Prüfungsjahr nicht durchgeführt.
 - b) Der Prüfungsstelle bekannte Praxisbesonderheiten, die für den jeweiligen Arzt aus den Vorjahren bekannt sind und voraussichtlich weiterhin bestehen, sowie Abzugsbeträge nach § 130a Abs. 8 SGB V (Rabattverträge), werden vom Verordnungsvolumen bzw. Überschreibungsbetrag des Arztes abgezogen und es ist erneut festzustellen, ob sich eine weitere relevante Überschreitung des Durchschnittswerts ergibt.

- c) Weitere Kriterien für die Ermittlung von Abzugsbeträgen, die zur Reduzierung des Durchschnittswerts führen, können auf Anregung einer der Vertragspartner oder der Prüfungsstelle beschlossen werden.
 - d) Die weitere Auswahl erfolgt der Höhe nach absteigend nach der absoluten Überschreitung des Durchschnittswerts.
- (7) Der Prüfzeitraum beträgt jeweils ein Kalenderjahr.
- (8) Bei Einhaltung der in der jeweils geltenden Arzneimittel- und Heilmittelvereinbarung gemäß § 84 SGB V vereinbarten Regeln zur Zielerreichung, gelten die dort geregelten Vorgaben auch für die statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung.
- (9) Die Vertragspartner können einvernehmlich bestimmen, ob eine oder mehrere Vergleichsgruppen von der Durchführung der Durchschnittswertprüfung ausgenommen werden. Diese Ausschlüsse sind der Prüfungsstelle bis zum Zeitpunkt der Datenlieferung mitzuteilen.

§ 24

Statistiken zur Überwachung ärztlich verordneter Leistungen

- (1) Grundlage für die Prüfungen sind die durch die in §§ 296 und 297 SGB V genannten Institutionen zu liefernden Daten. Für Form, Inhalt und Einzelheiten der Datenübermittlung ist der Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen maßgebend.
- (2) Die konkreten Einzelheiten der Datenübermittlung, die Termine, die Inhalte von Statistiken und der technischen Umsetzung sind in Anlage 3 geregelt. Die Erstellung und Übermittlung der Statistiken und Daten an die Prüfungsstelle erfolgt unentgeltlich.

§ 25

Bildung der Vergleichsgruppen

- (1) Für alle Vertragsärzte werden Vergleichsgruppen auf Landesebene gebildet (Anlage 2). Um den unterschiedlichen Praxisstrukturen in ländlichen Bereichen auf der einen und in städtischen Verdichtungsräumen auf der anderen Seite Rechnung zu tragen und möglichst homogene Vergleichsgruppen zu ermöglichen, wird für Vertragsärzte mit Zulassung für die hausärztliche Versorgung je KVN-Bezirksstelle bzw. mit Niederlassung in entsprechenden Verdichtungsräumen eine gesonderte Vergleichsgruppe gebildet. Für welche Verdichtungsräume dies zutrifft, wird in Anlage 2 bestimmt. Für Internisten und Kinderärzte erfolgt eine Aufteilung in fachärztlich bzw. hausärztlich Tätige. Darüber hinaus werden separate Vergleichsgruppen für Ärzte mit einem besonderen Versorgungsauftrag bzw. einer Sicherstellungszulassung nach Anlage 2 gebildet.
- (2) Die Prüfung erfolgt auf Grundlage der durchschnittlichen Verordnungskosten je Fall (Fallwert) pro Quartal.
- (3) Stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss fest, dass einzelne Verordnungen,

die bei dem Arzt überprüft werden sollen, von den Angehörigen der Vergleichsgruppe in einem erheblichen, den Gruppenfallwert beeinflussenden Umfang nicht vorgenommen werden, wird eine neue Vergleichsgruppe aus denjenigen Vertragsärzten gebildet, die diese Verordnungen vorgenommen haben.

- (4) Einer Vergleichsgruppe sollen möglichst mehr als 20 Praxen angehören. Für weniger als zehn Praxen darf in der Regel eine Vergleichsgruppe nicht gebildet werden.
- (5) Besteht die Vergleichsgruppe aus 20 oder weniger Praxen, werden die Verordnungskosten des überprüften Arztes bei der Ermittlung des Fallwerts der Vergleichsgruppe nicht berücksichtigt.
- (6) Für Vertragsärzte, die zum Führen von zusätzlichen Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen nach Maßgabe der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern berechtigt sind, kann eine entsprechende besondere Vergleichsgruppe gebildet werden. Dies gilt auch für Ärzte und Praxen, für die ein besonderer Versorgungsauftrag bzw. eine Sicherstellungszulassung durch die KVN genehmigt wurde (Anlage 2). Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss kann auch in anderen Fällen besondere Vergleichsgruppen bilden. Sie sollen eine besondere Vergleichsgruppe bilden, wenn die Tätigkeit eines Arztes sich vom Durchschnitt der Angehörigen derselben Vergleichsgruppe wesentlich unterscheidet und das Unterscheidungsmerkmal die Zubilligung eines erhöhten Fallwerts sachlich rechtfertigt. Die Absätze 3 bis 5 finden auch bei der Bildung besonderer Vergleichsgruppen Anwendung.

§ 26

Bildung der Fallwerte

- (1) Alle Verordnungen für Arznei-, Verband- und/oder Heilmittel, die die zugelassenen niedersächsischen Vertragsärzte zu Lasten der AOKn, BKKn, IKKn, SVLFG, der Knappschaft sowie der Ersatzkassen verordnet haben, werden zusammengefasst und durch die Zahl der abgerechneten Behandlungsfälle pro Quartal geteilt.
- (2) Die konkreten Einzelheiten der Datenübermittlung, die Termine, die Inhalte von Statistiken und der technischen Umsetzung sind in Anlage 3 geregelt. Die Erstellung und Übermittlung der Statistiken und Daten an die Prüfungsstelle erfolgt unentgeltlich.
- (3) Soweit Prüfverfahren für weitere Verordnungsbereiche gemäß § 6 Abs. 4 geregelt sind, werden die Fallwerte gemäß Absatz 1 berechnet, es sei denn, die Vertragspartner vereinbaren eine andere Berechnungsmethode.

§ 27

Fallwertvergleich

- (1) Überschreitet der Arzt den Durchschnittswert seiner Vergleichsgruppe um mehr als 50 %, kann die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss im Allgemeinen ein offensichtliches Missverhältnis annehmen, das die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit begründet, soweit die Überschreitung des Durchschnittswerts nicht bereits vorab durch bekannte Praxisbesonderheiten erklärbar ist. Andernfalls wird dem Arzt Gelegenheit gegeben, innerhalb eines Monats die Höhe seiner Ausgaben zu begründen.

- (2) Sofern es sich um eine besonders homogene Vergleichsgruppe handelt, kann die Annahme eines offensichtlichen Missverhältnisses bei einer geringeren prozentualen Überschreitung des Durchschnittswerts der Vergleichsgruppe erfolgen.

§ 28

Sprechstundenbedarf

Die Arzneimittel- und Verbandstoffverordnungen (ohne Impfstoffe) des Sprechstundenbedarfs werden im Rahmen der Durchschnittswertprüfung je Betriebsstätte den Arzneimitteldaten und deren Statistiken zugeordnet. Die Erstellung und Übermittlung der Daten an die Prüfungsstelle erfolgen unentgeltlich.

§ 29

Unwirtschaftlicher Mehraufwand

- (1) Als Ergebnis ihrer Prüfung stellt die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss fest, ob der Arzt unwirtschaftliche Mehrkosten verursacht hat.
- (2) Hat der Arzt unwirtschaftliche Mehrkosten verursacht, ist deren Umfang zu bestimmen. Bei der Verordnungsprüfung wird der unwirtschaftliche Mehraufwand in Euro ausgewiesen, jeweils je Fall und insgesamt.
- (3) Zur Berechnung des unwirtschaftlichen Mehraufwands (brutto) wird die Abweichung des Bruttoverordnungsvolumens je Quartal zur Vergleichsgruppe zu Grunde gelegt und summiert. Zur Ermittlung der Nettoquote werden die Nettoverordnungskosten der Hauptbetriebsstätte durch die Bruttoverordnungskosten dividiert. Der unwirtschaftliche Mehraufwand (netto) berechnet sich aus der Multiplikation der Nettoquote der Hauptbetriebsstätte mit dem unwirtschaftlichen Mehraufwand (brutto).

4. Abschnitt

Sonstige Prüfungen

§ 30

Sonstiger Schaden und Richtlinienverstöße

- (1) Die Prüfungsstelle oder der Beschwerdeausschuss stellt auf Antrag einer Krankenkasse einen Sonstigen Schaden im Einzelfall nach § 48 Abs. 1 BMV-Ärzte fest.
- (2) Die Prüfungsstelle stellt einen Verordnungsregress wegen Verstößen gegen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V fest.
- (3) Der Antrag auf Festsetzung eines Sonstigen Schadens gemäß Absatz 1 oder eines Verordnungsregresses nach Absatz 2 ist schriftlich oder elektronisch zu übermitteln und entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen substantiiert zu begründen. Ein Antrag ist ausgeschlossen, wenn der vermutete Schaden 50,00 € nicht übersteigt. Eine Addition verschiedener Regressforderungen gemäß Absatz 1 oder Absatz 2 für den betroffenen Arzt im selben Prüfquartal ist zulässig.
- (4) Die Eröffnung des Prüfverfahrens ist der betroffenen Praxis durch Übermittlung des Antrags nach Absatz 1 bzw. 3 mitzuteilen. Die Übermittlung kann - soweit möglich - auf elektronischem Weg erfolgen. Den Beteiligten nach § 5 ist rechtliches Gehör in schriftlicher oder elektronischer Form zu gewähren. Vor Entscheidung der Prüfungsstelle oder des Beschwerdeausschusses ist dem Arzt Gelegenheit zu geben, binnen sechs Wochen zu den Anträgen der Krankenkassen Stellung zu nehmen.
- (5) Ergibt sich für die Prüfungsstelle oder den Beschwerdeausschuss bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ein Hinweis auf einen Schaden nach Absatz 1, wird die beteiligte Krankenkasse informiert.
- (6) Haben die Krankenkassen oder ihre Verbände Dienstleister mit der Prüfung der verordneten Leistungen beauftragt, können diese Dienstleister darüber hinaus auch bevollmächtigt werden, Anträge nach Absatz 1 und 2 zu stellen sowie bezüglich der vorgenannten Anträge Widerspruch gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle einzulegen. Der jeweils aktuelle Dienstleister ist von den Verbänden zu benennen (Anlage 5).

§ 31

Weitere Prüfungen

Die Prüfungsstelle prüft auf Antrag einer Krankenkasse oder eines Vertragspartners in begründeten Fällen, ob der Arzt unwirtschaftliche ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen veranlasst hat. Der Antrag ist schriftlich oder in elektronischer Form zu übermitteln und entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen zu begründen. Zur Antragshöhe gilt § 30 Abs. 3 Satz 2 entsprechend.

§ 32

Prüfung der Zulässigkeit der Verordnung von Sprechstundenbedarf

- (1) Die Prüfungsstelle hat auf Antrag der Krankenkassen oder ihrer Verbände Verstöße gegen die jeweils geltende Sprechstundenbedarfsvereinbarung festzustellen.
- (2) Der Antrag ist entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen zu begründen. Ein Antrag ist ausgeschlossen, wenn der vermutete Schaden 50,00 € nicht übersteigt. Eine Addition verschiedener Schäden wegen Verstößen im selben Prüfquartal ist zulässig. Sofern der vermutete Schaden 50,00 € pro Arzt im Quartal unterschreitet, können die Krankenkassen oder ihre Verbände den Arzt schriftlich darauf hinweisen. Bei der wiederholten Verordnung desselben unzulässigen Mittels gilt die Mindestschadenhöhe (Satz 2) nicht, sofern der Arzt vorher schriftlich durch die Prüfungsstelle hierauf hingewiesen wurde.
- (3) Vor Entscheidung der Prüfungsstelle ist dem Arzt Gelegenheit zu geben, binnen sechs Wochen Stellung zu nehmen.
- (4) Die Entscheidung der Prüfungsstelle wird den Beteiligten durch Bescheid bekannt gegeben. Der Bescheid ist schriftlich so zu begründen, dass die Entscheidungsgründe für die Vornahme oder das Unterbleiben einer Nachforderung nachvollziehbar sind. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Prüfungsstelle zu ihrer Entscheidung bewogen hat.
- (5) Die am Prüfverfahren Beteiligten können Widerspruch gegen den Bescheid der Prüfungsstelle einlegen. Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Beschlusses schriftlich oder zur Niederschrift beim Beschwerdeausschuss zu erheben.
- (6) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können einen Dienstleister bevollmächtigen Anträge nach §§ 30 und 32 Abs. 1 zu stellen sowie Widersprüche einzulegen. Der jeweils aktuelle Dienstleister ist von den Verbänden zu benennen (Anlage 5).
- (7) Die übrigen Regelungen des Abschnittes 1 gelten entsprechend.

5. Abschnitt

§ 33

Prüfung von weiteren Einrichtungen und Versorgungsverträgen

- (1) Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen der Leistungserbringer, die nach § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) teilnehmen und in diesem Rahmen Verordnungen nach § 116b Abs. 7 S. 1 SGB V vornehmen (§ 116b Abs. 7 Satz 7 i. v. m. § 113 Abs. 4 SGB V), der verordneten Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a S. 5 SGB V und der verordneten Leistungen aus Behandlungen eines Krankenhauses gemäß § 76 Abs. 1a SGB V (§ 113 Abs. 4 Satz 2 SGB V).
- (2) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von ärztlich verordneten Leistungen nachfolgender Einrichtungen wird der Prüfungsstelle übertragen:
 - Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V,
 - Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V,
 - geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V,
 - Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V,
 - Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 119a SGB V,
 - stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 119b SGB V,
 - Medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V,
 - HzV-Verträgen nach § 73b SGB V,
 - Selektivverträge nach § 140a SGB V.
- (3) Für die Prüfung der Einrichtungen und Versorgungsverträge in Absatz 1 und 2 gelten die §§ 30-32 entsprechend. Die Prüfung erfolgt gegen Kostenersatz. Das Nähere zum Kostenersatz wird in Anlage 10 geregelt.

6. Abschnitt

Widerspruchsverfahren / Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

§ 34

Widerspruchsverfahren

- (1) Die am Prüfverfahren Beteiligten können Widerspruch gegen den Bescheid der Prüfungsstelle erheben. Abweichend davon findet in Fällen der Festsetzung eines Regresses bei Leistungen, die durch Gesetz oder Richtlinien nach § 92 SGB V ausgeschlossen sind, eine Anrufung des Beschwerdeausschusses nicht statt.
- (2) Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheids schriftlich oder zur Niederschrift beim Beschwerdeausschuss zu erheben.
- (3) Im Widerspruch soll der angefochtene Bescheid bezeichnet und konkret dargelegt werden, in welchem Umfang der Bescheid angefochten wird.
- (4) Die Sitzung des Beschwerdeausschusses soll spätestens 12 Monate nach Eingang des Widerspruchs stattfinden. Voraussetzung ist, dass die dazugehörige Verordnungsstatistik so rechtzeitig vorliegt, dass sie mit der Einladung zur Sitzung versandt werden kann.
- (5) § 5 Abs. 2 gilt entsprechend.

7. Abschnitt Kosten

§ 35 Kostenregelungen

- (1) Die Kosten der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses werden durch die „Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Niedersachsen e. V.“ getragen. Dies gilt nicht für die Durchführung von Prüfverfahren nach § 33 für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen. Die Kostenregelung für diese Verfahren ergibt sich aus Anlage 10.
- (2) Für das Erstellen der nach §§ 296 und 297 SGB V in Verbindung mit dem Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu liefernden Unterlagen werden seitens der Vertragspartner keine Kosten gegenüber der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss oder untereinander geltend gemacht.

8. Abschnitt

Schlussbestimmungen und Übergangsregelungen

§ 36

Salvatorische Klausel

Sollte eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der Vereinbarung hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart wesentlich war, dass ihr ein Festhalten an dieser Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommt.

§ 37

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2022 in Kraft und ersetzt die bisherige zwischen den Vertragspartnern geschlossene Prüfvereinbarung. Für Leistungen, die bis zum 31.12.2021 erbracht, verordnet oder veranlasst wurden, gilt die bisherige Prüfvereinbarung.
- (2) Diese Prüfvereinbarung ersetzt die am 17.04.2019 geschlossene Vereinbarung zur technischen Umsetzung der Prüfvereinbarung 2017 (Umsetzungsvereinbarung – UmsetzV).
- (3) Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Abweichend von Satz 1 kann § 31 (Weitere Prüfanträge) gesondert mit Wirkung zum Ablauf des nächsten auf die schriftliche Kündigung folgenden Quartals gekündigt werden, sofern ein oder mehrere Vertragspartner der Auffassung sind, dass eine übermäßige Ausweitung von Anträgen nach § 31 vorliegt. Die Wirksamkeit der übrigen Regelungen der Vereinbarung bleibt hiervon unberührt. Die vor Wirksamkeit der Kündigung gestellten Anträge bleiben von der Kündigung ebenfalls unberührt.

Hannover, den 13.04.2022

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse.

BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Niedersachsen

IKK classic
(handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4a SGB V)

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse
(in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 36 KVLG 1989)

KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord

Verband der Ersatzkassen e.V.- Landesvertretung Niedersachsen -

Anlage 1 Entschädigungsregelung

für den Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und dessen Stellvertreter,
Stand 01.01.2022

Der Vorsitzende und dessen Stellvertreter erhalten für die Arbeit im Beschwerdeausschuss und für die Vertretung vor Gericht eine Vergütung durch Grundpauschalen und Sitzungsgelder sowie eine Reisekostenerstattung.

Mit den Grundpauschalen sind sämtliche Vor- und Nacharbeiten im Zusammenhang mit den anfallenden Sitzungen abgegolten.

Die Sitzungsgelder sind je angefangene Viertelstunde mit 25,00 € abzurechnen. Maßgeblich sind die im jeweiligen Sitzungsprotokoll der BA-Sitzung bzw. des Gerichtstermins vermerkten Sitzungszeiten. Die Vergütung bestimmt sich der Höhe nach wie folgt:

Sitzungsvergütung

	BA-V	Stv. BA-V
Grundpauschale	1.500,00 €/ mtl.	1.500,00 €/ mtl.
Sitzungsgeld	100 €/ h	100 €/ h

Gerichtsvertretung

	BA-V	Stv. BA-V
Grundpauschale	200,00 €/Tag	200,00 €/Tag
Sitzungsgeld	100,00 €/ h	100,00 €/ h

Reisekosten

Die Reisekostenvergütung erfolgt unter Anwendung der landesrechtlichen Vorschriften (§ 2 Abs. 2 WiPrüfVO in der jeweils aktuell gültigen Fassung) der höchsten Besoldungsgruppe. Dies gilt ebenso für Fahrten von der und zur Prüfungsstelle.

Die vorgenannten Entschädigungen sind durch die Anspruchsberechtigten spätestens bis zum 31.3. des Folgejahres in Rechnung zu stellen. Dabei ist der Umsatzsteuerstatus und die Kleinunternehmereigenschaft gem. § 19 UStG bzw. Angabe der Umsatzsteuer-Nummer mitzuteilen. Sofern eine Umsatzsteuerpflicht besteht, erhöhen sich die vorgenannten Entschädigungen um die gesetzliche Umsatzsteuer und sind durch die Anspruchsberechtigten gegenüber dem für Sie zuständigen Finanzamt zu erklären und abzuführen. Die Rechnungen sollten alle in § 14 Abs. 4 UStG aufgezählten Angaben enthalten.

Anlage 2 Vergleichsgruppen

A. Besondere Vergleichsgruppen

1. Verdichtungsräume

¹ Die Inselärzte der BZ Aurich und Wilhelmshaven bilden eine gemeinsame Vergleichsgruppe

In der Bezirksstelle	Verdichtungsräume
Aurich	Bildung einer gesonderten Vergleichsgruppe "Inselärzte" ¹
Braunschweig	Städte Braunschweig, Wolfsburg, Salzgitter
Göttingen	Stadt Göttingen
Hannover	Stadt Hannover
Hildesheim	Stadt Hildesheim
Oldenburg	Stadt Oldenburg
Osnabrück	Stadt Osnabrück
Wilhelmshaven	Bildung einer gesonderten Vergleichsgruppe "Inselärzte" ¹

2. Besondere Versorgungsaufträge

(Bildung gesonderter Vergleichsgruppen auf Landesebene)

- a) KVN – Anerkennung als diabetologische Schwerpunktpraxis nach den DSP-Verträgen der Primär und Ersatzkassen
- b) Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- c) KVN – Genehmigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Schmerztherapie).
- d) Allergologische Leistungen (nur durch Fachärzte HNO oder Dermatologie mit Zusatzweiterbildung Allergologie mit Abrechnung der Hyposensibilisierungsbehandlung,)
- e) Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit KVN – Genehmigung als onkologisch verantwortlicher Arzt (Gültig ab dem Verordnungsjahr 2019)

B. Vergleichsgruppen – Gültig ab 01.01.2022

Legende:

ID	Identifikationsnummer der Vergleichsgruppe
FG	KVN-Fachgruppe
FG-E	KVN-Fachgruppe für einige ermächtigte Internisten
RK	Regionalkennzeichen (Stadt, Land, Insel)
BZ	Bezirksstelle
BV	Besonderer Versorgungsauftrag
Kurzform	Bezeichnung der Vergleichsgruppe in Kurzform
VGK	Vergleichsgruppenkennzeichen

Das VGK ist 8-stellig und besteht aus FG [2], FG-E [2], RK [1], BZ [2], und BV [1]

Führend bei der Zuordnung zur Vergleichsgruppe ist BV vor RK und innerhalb von BV geht 1 vor 2 vor 3 vor 4 vor 5

Alle KVN-Fachgruppen-Untergruppen 2, 5, 8, ... werden der Hauptgruppe zugeschlagen, sowohl bei den Verordnungskosten als auch den Fallwerten. Ausnahme ist die Untergruppe 5 bei den Gynäkologen (10-5), die eine eigene Vergleichsgruppe (BV) bilden.

ID	FG	FG-E	RK	BZ	BV	Kurzform	VGK
01	01	00	0	17	0	Anästhesisten	01000170
02	02	00	0	17	0	ermächtigte Anästhesisten	02000170
03	03	00	0	17	3	Schmerztherapeuten	03000173
04	04	00	0	17	0	Augenärzte	04000170
05	05	00	0	17	0	ermächtigte Augenärzte	05000170
06	07	00	0	17	0	Chirurgen	07000170
07	08	00	0	17	0	Ermächtigte Chirurgen	08000170
08	09	00	0	17	0	Kinderchirurgen	09000170
09	10	00	0	17	0	Gynäkologen	10000170
10	10	00	0	17	2	Gynäkologen mit Schwerpunkt Reproduktionsmedizin	10000172
11	10	00	0	17	5	Onkologisch tätige Gynäkologen*	10000175
12	11	00	0	17	0	ermächtigte Gynäkologen	11000170
13	12	00	0	17	0	Gynäkologen mit Zyto-Auftrag	12000170
14	13	00	0	17	0	HNO-Ärzte	13000170
15	14	00	0	17	0	ermächtigte HNO-Ärzte	14000170
16	15	00	0	17	0	Phoniaten und Pädaudiologen	15000170
17	16	00	0	17	0	Dermatologen	16000170
18	17	00	0	17	0	ermächtigte Dermatologen	17000170
19	18	00	0	17	4	FA HNO / Dermatologie mit Hyposensibilisierungsbehandlung	18000174
20	20	00	0	17	0	Internisten mit TG Nephrologie	20000170
21	21	20	0	17	0	ermächtigte Internisten mit TG Nephrologie	21200170
22	21	22	0	17	0	ermächtigte Internisten mit TG Kardiologie	21220170
23	21	90	0	17	0	ermächtigte fachärztliche Internisten ohne TG	21900170
24	21	91	0	17	0	ermächtigte Internisten mit TG Endokrinologie	21910170
25	21	92	0	17	0	ermächtigte Internisten mit TG Hämatologie / Onkologie	21920170
26	21	93	0	17	0	ermächtigte Internisten mit TG Rheumatologie	21930170
27	21	97	0	17	0	ermächtigte Internisten mit TG Angiologie	21970170
28	22	00	0	17	0	Internisten mit TG Kardiologie	22000170
29	23	00	0	17	0	Hausärztliche Kinderärzte	23000170

30	24	00	0	17	0	ermächtigte Kinderärzte	24000170
31	25	00	0	17	0	Laborgemeinschaften	25000170
32	26	00	0	17	0	Fachärzte für Laboratoriumsmedizin	26000170
33	27	00	0	17	0	ermächtigte Fachärzte für Laboratoriumsmedizin	27000170
34	28	00	0	17	0	Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemiologie	28000170
35	29	00	0	17	0	Internisten mit TG Pneumologie/Lungenärzte	29000170
36	30	00	0	17	0	ermächtigte Internisten mit TG Pneumologie / Lungenärzte	30000170
37	33	00	0	17	0	ermächtigte Internisten mit TG Gastroenterologie	33000170
38	34	00	0	17	0	Internisten mit TG Gastroenterologie	34000170
39	35	00	0	17	0	Mund-, Kiefer-Gesichts-Chirurgen	35000170
40	36	00	0	17	0	ermächtigte Mund-, Kiefer- Gesichts-Chirurgen	36000170
41	37	00	0	17	0	plastische Chirurgen	37000170
42	38	00	0	17	0	Nervenärzte	38000170
43	39	00	0	17	0	ermächtigte Nervenärzte, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater	39000170
44	40	00	0	17	0	Kinder- und Jugendpsychiater	40000170
45	41	00	0	17	0	Neurochirurgen	41000170
46	42	00	0	17	0	ermächtigte Neurochirurgen	42000170
47	44	00	0	17	0	Orthopäden	44000170
48	45	00	0	17	0	ermächtigte Orthopäden	45000170
49	47	00	0	17	0	Pathologen	47000170
50	50	00	0	17	0	Psychiater	50000170
51	51	00	0	17	0	ermächtigte Fachärzte f. psychotherap. Medizin	51000170
52	52	00	0	17	0	Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	52000170
53	53	00	0	17	0	Radiologen Strahlentherapeuten	53000170
54	54	00	0	17	0	ermächtigte Radiologen/Strahlentherapeuten	54000170
55	56	00	0	17	0	Urologen	56000170
56	57	00	0	17	0	ermächtigte Urologen	57000170
57	59	00	0	17	0	Nuklearmediziner	59000170
58	60	00	0	17	0	ermächtigte Nuklearmediziner	60000170
59	63	00	0	17	0	Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	63000170
60	64	00	0	17	0	ermächtigte Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	64000170
61	69	00	0	17	0	Psychologische Psychotherapeuten	69000170
62	70	00	0	17	0	Psychologische Psychotherapeuten - SP Kinder- u. Jgdl.-PT	70000170
63	71	00	0	17	0	Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten	71000170
64	72	00	0	17	0	Fachärzte für Humangenetik, Transfusionsmedizin u. Biochemie	72000170
65	73	00	0	17	0	ermächtigte Fachärzte sonstiger Fachgebiete einschl. Transfusionsmedizin	73000170
66	74	00	0	17	0	Institute / Medizinaluntersuchungsämter	74000170
67	75	00	0	17	0	Krankenhäuser	75000170
68	76	00	0	17	0	Nichtvertragsärzte im Notfall-/Bereitschaftsdienst u. Bereitschaftsdienstpraxen	76000170
69	79	00	0	17	0	Kuratorium für Hemodialyse	79000170

70	80	00	0	06	0	Praktische/-Allgemeinärzte Aurich	80000060
71	80	00	3	17	0	Praktische/-Allgemeinärzte Aurich- Wilhelmshaven - Inselärzte	80003170
72	80	00	1	07	0	Praktische/-Allgemeinärzte Braunschweig - Stadt	80001070
73	80	00	2	07	0	Praktische/-Allgemeinärzte Braunschweig - Land	80002070
74	80	00	1	08	0	Praktische/-Allgemeinärzte Göttingen - Stadt	80001080
75	80	00	2	08	0	Praktische/-Allgemeinärzte Göttingen - Land	80002080
76	80	00	1	09	0	Praktische/-Allgemeinärzte Hannover - Stadt	80001090
77	80	00	2	09	0	Praktische/-Allgemeinärzte Hannover - Land	80002090
78	80	00	1	10	0	Praktische/-Allgemeinärzte Hildesheim - Stadt	80001100
79	80	00	2	10	0	Praktische/-Allgemeinärzte Hildesheim - Land	80002100
80	80	00	0	11	0	Praktische/-Allgemeinärzte Lüneburg	80000110
81	80	00	1	12	0	Praktische/-Allgemeinärzte Oldenburg - Stadt	80001120
82	80	00	2	12	0	Praktische/-Allgemeinärzte Oldenburg - Land	80002120
83	80	00	1	13	0	Praktische/-Allgemeinärzte Osnabrück - Stadt	80001130
84	80	00	2	13	0	Praktische/-Allgemeinärzte Osnabrück - Land	80002130
85	80	00	0	14	0	Praktische/-Allgemeinärzte Stade	80000140
86	80	00	0	15	0	Praktische/-Allgemeinärzte Verden	80000150
87	80	00	0	16	0	Praktische/-Allgemeinärzte Wilhelmshaven	80000160
88	81	00	0	17	0	Ermächtigte Praktische/-Allgemeinärzte, Internisten (hausärztl.)	81000170
89	82	00	0	17	1	Diabetologische Schwerpunktpraxen	82000171
90	90	00	0	17	0	Fachärztliche Internisten ohne aufgeführte Teilgebiete	90000170
91	91	00	0	17	0	Internisten mit TG Endokrinologie	91000170
92	92	00	0	17	0	Internisten mit TG Hämatologie / Onkologie	92000170
93	93	00	0	17	0	Internisten mit TG Rheumatologie	93000170
94	94	00	0	17	0	fachärztliche Kinderärzte	94000170
95	95	00	0	17	0	Neurologen	95000170
96	96	00	0	17	0	ermächtigte Neurologen	96000170
97	97	00	0	17	0	Internisten mit TG Angiologie	97000170

Anlage 3 Technische Umsetzung

Abschnitt I

A. Definitionen

- 1) Lebenslange Arztnummer (LANR): eindeutige siebenstellige Kennziffer je Arzt/Psychotherapeut (Arzt/PT) erweitert um zwei Stellen, die die Fachgruppe kennzeichnen.
- 2) Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR): neunstellige Kennziffer je Praxis, die Bestandteil der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen ist. Auch Leistungen bestehender Nebenbetriebsstätten (NBSNR) werden dieser HBSNR zugeordnet.
- 3) Vergleichsgruppen (im Folgenden: VG) nach dieser Vereinbarung sind KVN-Fachgruppen, die aufgrund von Besonderheiten entsprechend Buchst. C weiter differenziert werden. Jede VG erhält ein Vergleichsgruppenkennzeichen zur eindeutigen Zuordnung. In der VG werden Durchschnittswerte für die vorgesehenen Altersgruppen gebildet (im Folgenden: AVG). Nachdem Ärzte oder Fachgruppen innerhalb der HBSNR einer Vergleichsgruppe entsprechend der Vergleichsgruppenkennzeichen zugeordnet wurden, wird für diese Ärzte oder Fachgruppen der Begriff zugeordnete Vergleichsgruppe verwendet.
- 4) Altersgruppe in der Vergleichsgruppe (AVG)
- 5) Vergleichsgruppenkennzeichen (VGK): Kennzeichen für die nach Buchst. C erfolgte Vergleichsgruppenzuordnung der HBSNR. Einer HBSNR können mehrere Vergleichsgruppen zugeordnet werden.
- 6) Einzelleistungsnachweis (ELN): Auflistung aller Gebührenordnungsziffern, die je HBSNR pro Quartal abgerechnet wurden. Sind in einer HBSNR mehrere Ärzte unterschiedlicher Fachgruppen tätig, wird für jede dieser Fachgruppen ein separater ELN entsprechend der Zuordnung zu den jeweiligen Vergleichsgruppen erstellt.
- 7) Behandlungsfall: entsprechend der jeweiligen Definition gem. § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).
- 8) Leistungen sind kurative EBM-Leistungen (Honorarvolumina) und ärztlich veranlasste Leistungen auf vereinbarten Vordruckmustern (z.B. Muster 16) nach Bruttoverordnungsvolumen (je Verordnung).
- 9) Diagnosen verschlüsselt nach ICD 10 der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung.
- 10) Pharmazentralnummer (PZN): bundeseinheitliches Kennzeichen für das verordnete Arzneimittel (inkl. Rezepturen mit Sonderkennzeichen) als Schlüssel zu Handelsname, Hersteller, Darreichungsform, Wirkstoffstärke und Packungsgröße des Arzneimittels.
- 11) Datenlieferung an die Prüfungsstelle: die Daten werden im Wege elektronischer Datenübertragung der Prüfungsstelle nach § 106c SGB V übermittelt.
- 12) Verordnungsvolumen (Vol): bei dem Verordnungsvolumen handelt es sich um die Multiplikation des Fallwerts mit den Fallzahlen.

B. Zuordnungskriterien

- 1) Jeder in Niedersachsen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene, ermächtigte oder angestellte Arzt/PT erhält quartalsweise ein Vergleichsgruppen-Kennzeichen (VGK).
- 2) Die Zuordnung eines Arztes/PT (Basis LANR) zu einer Vergleichsgruppe gem. Buchst. C erfolgt zu Beginn jedes Quartals. Sofern ein Arzt/PT (LANR) in einer HBSNR einer Vergleichsgruppe nach Buchst. C Ziffer 2c zugeordnet wird, gilt diese Zuordnung auch für alle weiteren Ärzte/PT derselben Fachgruppe.
- 3) Die Zuordnung von kurativen Behandlungsfällen eines Versicherten zu seiner Altersgruppe erfolgt zu Beginn jedes Quartals.
- 4) Versicherte, bei denen ein Altersgruppenwechsel innerhalb des Quartals erfolgt, werden der Gruppe zugeordnet, der sie am Beginn des jeweiligen Quartals angehörten.

C. Vergleichsgruppen

- 1) Die Bildung von Vergleichsgruppen mit berechneten Durchschnittsnennungen erfolgt je Abrechnungsquartal mit folgenden Parametern:
 - a) Behandlungsfälle.
 - b) Leistungen.
 - c) Die Behandlungsfälle und Leistungen werden nach den in Anhang 1 definierten Altersgruppen ausgewiesen. Im Bedarfsfall kann dies auch nach dem Versichertenstatus (M/F/R) erfolgen.
 - d) Die Behandlungsfälle und Leistungen werden der Reihe nach wie folgt in separate Vergleichsgruppen der jeweiligen HBSNR gefasst und nur jeweils einmal in der nachfolgenden Reihenfolge berücksichtigt:
 1. Behandlungsfälle und Leistungen nach Anlage 2 Buchst. A Nr. 2 der PrüfV – Besondere Versorgungsaufträge in der Reihenfolge analog der Anlage 2 Buchst. A Nr. 2 a) bis e) der PrüfV.
 2. Hausärztliche Behandlungsfälle (Hausärzte und hausärztliche Kinderärzte) und Leistungen nach KVN-Bezirksstellen und ggf. Regionalbezug (Anlage 2 Buchst. A Nr. 1 der PrüfV).
 3. Fachärztliche Behandlungsfälle und Leistungen nach Abrechnungsfachgruppe auf Landesebene.
- 2) Das Vergleichsgruppenkennzeichen (VGK) setzt sich aus folgenden Komponenten zusammen:
 - a) Kennzeichen der KVN-Fachgruppe (FG)
 - b) Regionalkennzeichen gemäß Anlage 2 Buchst. A Nr. 1 der PrüfV (RK)

- c) Kennzeichen über einen besonderen Versorgungsauftrag gemäß Anlage 2 Buchst. A Nr. 2 der PrüfV (VA)
- 3) Das Vergleichsgruppenkennzeichen wird quartalsweise je LANR/HBSNR festgelegt.
- 4) Es gilt die Zuordnungsliste „Vergleichsgruppenkennzeichen“ nach Anlage 2.

D. Grundsätze zur Berechnung der Durchschnitts- und Vergleichswerte

- 1) Eine Liste der abzuziehenden Praxisbesonderheiten nach Anlage 9 für den jeweiligen Prüfzeitraum wird der Prüfungsstelle durch die Gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel der KVN und GKV mit ATC-Klassifikationen zur Verfügung gestellt. Für die zu erstellende Liste ist die ATC-Klassifikation der monatlich erscheinenden WIdO-Stammdatei^{plus} des GKV-Arzneimittelindex zugrunde zu legen.
- 2) Die Praxisbesonderheiten werden von der Prüfungsstelle vor Durchführung der Berechnung aus den übermittelten Einzelverordnungsdatensätzen für alle vier Quartale abgezogen.
- 3) Die Zuordnungs- und Berechnungsschritte erfolgen quartalsweise.
- 4) Alle relevanten Behandlungsfalldaten werden zu den Vergleichsgruppen bzw. zu den Altersgruppen in den Vergleichsgruppen (AVG) zugeordnet.
- 5) Abhängig von der Art der Prüfung erfolgt die Zuordnung aller Leistungen, der
 - a. Bruttoverordnungsvolumen der Einzelverordnungsdatensätze oder
 - b. Honorarvolumina zu den AVG.
- 6) Die Berechnung des durchschnittlichen Fallwerts erfolgt für jede AVG ($\emptyset FW_{AVG}$) nach folgender Formel:

Die Summe der Honorar- oder Bruttoverordnungsvolumina je AVG ($\sum Vol_{AVG}$) wird durch die Summe der Fallzahlen je AVG ($\sum FZ_{AVG}$) dividiert.

$$\emptyset FW_{AVG} = \frac{\sum Vol_{AVG}}{\sum FZ_{AVG}}$$

- 7) Das Honorar- oder Bruttoverordnungsvolumens je HBSNR (Vol_{HBSNR}) wird durch Addition aller der HBSNR zugeordneten Leistungen nach Abs. 5 ermittelt.

$$Vol_{HBSNR} = \sum \text{Leistungen}$$

- 8) Das gewichtete Honorar- oder Bruttoverordnungsvolumen der HBSNR ($gw Vol_{HBSNR}$) berechnet sich wie folgt:

Die Fallzahlen der HBSNR (FZ_{HBSNR}) werden je Altersgruppe und bei mehr als einer zugeordneten Vergleichsgruppe je zugeordneter Vergleichsgruppe (zug VG) und Altersgruppe mit dem durchschnittlichen Fallwert der AVG ($\emptyset FW_{AVG}$) multipliziert. Die sich hieraus ergebenden Honorar- oder Bruttoverordnungsvolumina je zugeordneter Vergleichsgruppe werden zu einem gewichteten Gesamtvolumen der HBSNR addiert.

$$gw Vol_{HBSNR} = \sum FZ_{zug VG} \times \emptyset FW_{AVG}$$

- 9) Die Abweichung (Abw_{Vol}) zwischen dem Honorar- oder Bruttoverordnungsvolumen der HBSNR (VOL_{HBSNR}) und dem gewichteten Honorar- oder Bruttoverordnungsvolumen der HBSNR ($gw Vol_{HBSNR}$) ergibt sich wie folgt:

Es wird die Differenz zwischen dem Honorar- oder Bruttoverordnungsvolumen der HBSNR (Vol_{HBSNR}) und dem gewichteten Volumen der HBSNR ($gw Vol_{HBSNR}$) gebildet. Die Differenz wird durch das gewichtete Volumen der HBSNR ($gw Vol_{HBSNR}$) dividiert und mit 100 multipliziert.

$$Abw_{Vol} = \frac{Vol_{HBSNR} - gw Vol_{HBSNR}}{gw Vol_{HBSNR}} \times 100$$

- 10) Die Ermittlung des Fallwerts/gewichteten Fallwerts der HBSNR erfolgt wie nachstehend beschrieben:

- a. Ermittlung des Fallwerts der HBSNR (FW_{HBSNR})

Das Honorar- oder Bruttoverordnungsvolumen der HBSNR (Vol_{HBSNR}) wird durch die Gesamtfallzahl der HBSNR (FZ_{HBSNR}) dividiert.

$$FW_{HBSNR} = \frac{Vol_{HBSNR}}{FZ_{HBSNR}}$$

- b. Ermittlung des gewichteten Fallwerts der HBSNR ($gw FW_{HBSNR}$).

Das gewichtete Honorar- oder Bruttoverordnungsvolumen der HBSNR ($gw Vol_{HBSNR}$) wird durch die Gesamtfallzahl der HBSNR dividiert ($gw FW_{HBSNR}$).

$$gw FW_{HBSNR} = \frac{gw Vol_{HBSNR}}{FZ_{HBSNR}}$$

- 11) Die Ermittlung der Abweichung (Abw_{FW}) zwischen dem Fallwert der HBSNR (FW_{HBSNR}) und dem gewichteten Fallwert der HBSNR ($gw FW_{HBSNR}$) berechnet sich wie folgt:

Es wird die Differenz zwischen dem Fallwert der HBSNR (FW_{HBSNR}) und dem gewichteten Fallwert der HBSNR ($gw FW_{HBSNR}$) gebildet. Die Differenz wird durch den gewichteten Fallwert der HBSNR ($gw FW_{HBSNR}$) dividiert und mit Hundert multipliziert.

$$Abw_{FW} = \frac{FW_{HBSNR} - gw FW_{HBSNR}}{gw FW_{HBSNR}} \times 100$$

- 12) Alle Berechnungen und Ergebnisse inkl. Zwischenergebnisse sind mit zwei Nachkommastellen durchzuführen bzw. auszuweisen (Rundungen sind kaufmännisch durchzuführen).
- 13) Es wird die Abweichung des Volumens für die Berechnung des unwirtschaftlichen Mehraufwands (brutto) zu Grunde gelegt. Berechnungsbeispiele sind als Anhang 3 beigelegt.
- 14) Die nach Abs. 13 berechneten Abweichungen der vier Quartale sind zur Berechnung der Gesamtsumme des unwirtschaftlichen Mehraufwands (brutto) zu summieren.
- 15) Zur Bereinigung von Rabatten und Zuzahlungen, die im unwirtschaftlichen Mehraufwand (brutto) enthalten sind (Arzneimittel- und Heilmittelprüfungen), wird eine Nettoquote errechnet, um den unwirtschaftlichen Mehraufwand (netto) zu ermitteln. Dazu werden die Nettoverordnungskosten einer HBSNR durch die Bruttoverordnungskosten dividiert.

$$\text{Nettoquote}_{HBSNR} = \frac{\text{netto Vol}_{HBSNR}}{\text{brutto Vol}_{HBSNR}}$$

Der unwirtschaftliche Mehraufwand (netto) berechnet sich aus der Multiplikation der Nettoquote_{HBSNR} mit dem unwirtschaftlichen Mehraufwand (brutto).

Abschnitt II Datenlieferungen der KV Niedersachsen

A. Arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach § 106a und § 106b SGB V

- 1) Für die arztbezogenen Prüfungen ärztlicher Leistungen nach § 106a SGB V übermittelt die KVN der Prüfungsstelle nach § 106c SGB V für den ambulanten Bereich aus den Abrechnungsunterlagen der Vertragsärzte für jedes Quartal je Behandlungsfall die Daten mit den in §§ 296, 297 SGB V genannten Angaben.
- 2) Ergänzend hierzu übermittelt die KVN die Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR), das Geburtsdatum der Versicherten, die Altersgruppe und das Vergleichsgruppenkennzeichen. Die Auflistung der Angaben ergibt sich aus Anhang 1.
- 3) Für die arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V liefert die KVN der Prüfungsstelle für den ambulanten Bereich einen Datensatz mit den in §§ 296, 297 SGB V genannten Daten. Ergänzend übermittelt die KVN das Vergleichsgruppenkennzeichen nach Anlage 6. Die Auflistung der Angaben ist in Anhang 1 dargestellt.

B. Arztstammdaten

Für die arztbezogenen Prüfungen ärztlicher Leistungen, ärztlicher veranlasster und verordneter Leistungen liefert die KVN die Stammdaten aller in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte. Zu diesem Zweck liefert die KVN der Prüfungsstelle und/oder an beauftragte Dienstleister pro Abrechnungsquartal zusätzlich das Vergleichsgruppenkennzeichen (VGK) gem. Anhang 2.

C. Datensätze und Erstellung der Statistiken - Gültig ab 01.01.2022

1.1 Datenlieferung „Arztstammdaten“

Datenbezeichnung	Inhalt
<?XML VERSION="1.0" ENCODING="ISO-8859-1"?>	
<MONAT>	
<MONAT_WERT></MONAT_WERT>	
<AERZTE>	
<ARZT>	
<OBJ_ID></OBJ_ID>	
<VORNAMEN></VORNAMEN>	
<NACHNAME></NACHNAME>	
<LANR7N>	
<LANR7>	
<LANR7_WERT></LANR7_WERT>	
<LANR7_BEGINN></LANR7_BEGINN>	
<LANR7_ENDE></LANR7_ENDE>	
</LANR7>	
</LANR7N>	
<ZUSATZBEZEICHNUNGEN>	
<ZUSATZBEZEICHNUNG></ZUSATZBEZEICHNUNG>	
</ZUSATZBEZEICHNUNGEN>	
<SCHWERPUNKTBEZEICHNUNGEN>	

<SCHWERPUNKTBEZEICHNUNG></SCHWERPUNKTBEZEICHNUNG>	
</SCHWERPUNKTBEZEICHNUNGEN>	
<HBSNRN>	
<HBSNR>	
<HBSNR_WERT></HBSNR_WERT>	
<HBSNR_TYP></HBSNR_TYP>	
<HBSNR_BEGINN></HBSNR_BEGINN>	
<HBSNR_ENDE></HBSNR_ENDE>	
<HBSNR_BEZ></HBSNR_BEZ>	
<HBSNR_BEZ_BEGINN></HBSNR_BEZ_BEGINN>	
<HBSNR_BEZ_ENDE></HBSNR_BEZ_ENDE>	
<HBSNR_PLZ></HBSNR_PLZ>	
<HBSNR_ORT></HBSNR_ORT>	
<HBSNR_STR></HBSNR_STR>	
<NBSNRN>	
<NBSNR>	
<NBSNR_WERT></NBSNR_WERT>	
<NBSNR_BEGINN></NBSNR_BEGINN>	
<NBSNR_ENDE></NBSNR_ENDE>	
<NBSNR_BEZ></NBSNR_BEZ>	
<NBSNR_BEZ_BEGINN></NBSNR_BEZ_BEGINN>	
<NBSNR_BEZ_ENDE></NBSNR_BEZ_ENDE>	
<NBSNR_PLZ></NBSNR_PLZ>	
<NBSNR_ORT></NBSNR_ORT>	
<NBSNR_STR></NBSNR_STR>	
<ZUSABRECHGENEHMIGUNGEN>	
<zusAbrechGenehmig>	
<zusAbrGen_CODE></zusAbrGen_CODE>	
<zusAbrGen_BEZ></zusAbrGen_BEZ>	
<zusAbrGen_BEGINN></zusAbrGen_BEGINN>	
<zusAbrGen_ENDE></zusAbrGen_ENDE>	
</zusAbrechGenehmig>	
</ZUSABRECHGENEHMIGUNGEN>	
<LANR9N>	
<LANR9>	
<LANR9_WERT></LANR9_WERT>	
<KVN_FGRPEN>	
<KVN_FG>	
<KVN_FG_NR></KVN_FG_NR>	
<KVN_FG_BEZEICHNUNG></KVN_FG_BEZEICHNUNG>	
<TEILNAME></TEILNAME>	
<TAET_BEGINN></TAET_BEGINN>	
<TAET_ENDE></TAET_ENDE>	
<VSB></VSB>	
</KVN_FG>	
</KVN_FGRPEN>	
</LANR9>	
</LANR9N>	
</NBSNR>	
</NBSNRN>	
</HBSNR>	
</HBSNRN>	
</ARZT>	
</AERZTE>	
</MONAT>	

1.2 Datenlieferung „Behandlungsfalldaten“

Lieferintervall	Quartalsweise
Lieferzeitpunkt	Bis Ablauf des 9. Monats nach Ende des Quartals

a) Behandlungsfalldaten

Feld	Beschreibung	Datentyp
QUARTAL	Abrechnungsquartal im Format QX/YYYY (z.B. Q1/2017)	VARCHAR
LANR9	Lebenslangearztnummer (9-Stellig)	VARCHAR
HBSNR	Hauptbetriebsstättennummer (9-Stellig)	VARCHAR
VG_K	Nummer der Vergleichsgruppe	VARCHAR
KVN_FG_NR	Nummer der KVN-Fachgruppe (3-stellig)	VARCHAR
KASSENNUMMER	Institutskennzeichen der Krankenkasse	VARCHAR
AKUT_DIAGNOSEN	Liste von ICD-10 codierten Akut-Diagnosen; Listentrennzeichen:	VARCHAR
DAUER_DIAGNOSEN	Liste von ICD-10 codierten Dauer-Diagnosen; Listentrennzeichen:	VARCHAR
FALLTYP	Falltypen (eigener Fall, Vertreterfall,...)	VARCHAR
FALLDATUM	Datum des ersten Behandlungstags im Quartal Format: DD.MM.YYYY	VARCHAR
ALTERSGRUPPE	Altersgruppe laut Prüfvereinbarung AK1: 0 - 15 Jahre AK2: 16 - 49 Jahre AK3: 50 - 64 Jahre AK4: > 64 Jahre	VARCHAR
VERSICHERTENSTATUS	Versichertenstatus (F= Familienangehörige; M=Mitglieder; R=Rentner)	VARCHAR
VERSICHERTENGEBDAT	Geburtsdatum des Patienten; Format: DD.MM.YYYY	VARCHAR

b) Statistikdaten

1. - STAT_ARZTFALLSTATISTIK

Feld	Beschreibung	Datentyp
QUARTAL	Abrechnungsquartal im Format QX/YYYY (z.B. Q1/2017)	VARCHAR
HBSNR	Hauptbetriebsstättennummer (9-Stellig)	VARCHAR
LANR9	Lebenslangearztnummer (9-Stellig). Aufgrund der Vergleichsgruppenbezogenen Fallzählung wird nur ein Nullwert („0“) geliefert	VARCHAR
VERGLEICHGRUPPE	Nummer der Vergleichsgruppe (VGK)	VARCHAR
VERS_STATUS	Versichertenstatus (F= Familienangehörige; M=Mitglieder; R=Rentner)	VARCHAR
FALLTYP	Falltypen (eigener Fall, Vertreterfall,...)	VARCHAR
ALTERSGRUPPE	Altersgruppe laut Prüfvereinbarung AK1: 0 - 15 Jahre AK2: 16 - 49 Jahre AK3: 50 - 64 Jahre AK4: > 64 Jahre	VARCHAR

ANZAHL_FAELLE	Anzahl der Behandlungsfälle pro HBSNR-VERGLEICHSGRUPPE-VERS_STATUS-FALLTYP-ALTERSGRUPPE	NUMBER
SUMME_FAELLE_ARZT	Gesamtanzahl der Behandlungsfälle über alle Kategorien einer BSNR	NUMBER

2. - STAT_VGFALLSTATISTIK

Feld	Beschreibung	Datentyp
QUARTAL	Abrechnungsquartal im Format QX/YYYY (z.B. Q1/2017)	VARCHAR
VERGLEICHSGRUPPE	Nummer der Vergleichsgruppe (VGK)	VARCHAR
VERS_STATUS	Versichertenstatus (F= Familienangehörige; M=Mitglieder; R=Rentner)	VARCHAR
FALLTYP	Falltypen (eigener Fall, Vertreterfall,...)	VARCHAR
ALTERSGRUPPE	Altersgruppe laut Prüfvereinbarung AK1: 0 - 15 Jahre AK2: 16 - 49 Jahre AK3: 50 - 64 Jahre AK4: > 64 Jahre	VARCHAR
ANZAHL_VG_FAELLE	Anzahl der Behandlungsfälle pro VERGLEICHSGRUPPE-VERS_STATUS-FALLTYP-ALTERSGRUPPE	NUMBER
ANZ_AERZTE_VG	Gesamtanzahl der HBSNR pro Vergleichsgruppe	NUMBER

3. - STAT_GOP_VG_VVG

Feld	Beschreibung	Datentyp
QUARTAL	Abrechnungsquartal im Format QX/YYYY (z.B. Q1/2017)	VARCHAR
VERGLEICHSGRUPPE	Nummer der Vergleichsgruppe (VGK)	VARCHAR
GOP	Gebührenordnungsposition	VARCHAR
ANZ_AERZTE_VG	Anzahl der Ärzte in der Vergleichsgruppe	NUMBER
ANZ_AERZTE_VVG	Anzahl der Ärzte in der verfeinerten Vergleichsgruppe. Dabei handelt es sich nur die Anzahl der Ärzte aus der VG die diese GOP auch tatsächlich abgerechnet haben	NUMBER
ANZ_GOP_IN_VG	Anzahl wie oft eine GOP von Ärzten aus der entsprechenden VG abgerechnet wurde	NUMBER
GOP_HAEUFIGKEIT_VG	Angabe der Häufigkeit der Abrechnung der GOP durch die gesamte Vergleichsgruppe (ANZ_GOP_IN_VG/ANZ_FAELLE_VG*100)	NUMBER
GOP_HAEUFIGKEIT_VVG	Angabe der Häufigkeit der Abrechnung der GOP durch die verfeinerte Vergleichsgruppe (ANZ_GOP_IN_VG/ANZ_FAELLE_VVG*100)	NUMBER

4. - STAT_GOP_HBSNR_LANR

Feld	Beschreibung	Datentyp
QUARTAL	Abrechnungsquartal im Format QX/YYYY (z.B. Q1/2017)	VARCHAR
HBSNR	Hauptbetriebsstättennummer (9-Stellig)	VARCHAR
LANR9	Lebenslangearztnummer (9-Stellig) Aufgrund der Vergleichsgruppenbezogenen Fallzählung wird nur ein Nullwert („0“) geliefert	VARCHAR
VERGLEICHSGRUPPE	Nummer der Vergleichsgruppe (VGK)	VARCHAR
GOP	Gebührenordnungsposition	VARCHAR

ANZ_GOP	Anzahl wie oft die entsprechende GOP von dem Arzt abgerechnet wurde	NUMBER
----------------	---	--------

5. - STAT_GOP_VG_Statistik

Feld	Beschreibung	Datentyp
QUARTAL	Abrechnungsquartal im Format QX/YYYY (z.B. Q1/2017)	VARCHAR
QID	ID des Quartals im KV-Abrechnungssystem	NUMBER
VG_KENNZ	Nummer der Vergleichsgruppe (VGK)	VARCHAR
ANZ_AERZTE_VG	Anzahl der HBSNR in der Vergleichsgruppe.	NUMBER
ANZ_AERZTE_VVG	Gesamtanzahl der HBSNR pro verfeinerter Vergleichsgruppe. Dabei handelt es sich nur um die Anzahl der HBSNR aus der VG die diese GOP auch tatsächlich abgerechnet haben	NUMBER
GOP_HAEUFIGKEIT_VG_100	Häufigkeit der GOP in der VG bezogen auf 100 Fälle	NUMBER
GOP_HAEUFIGKEIT_VVG_100	Häufigkeit der GOP in der VVG bezogen auf 100 Fälle	NUMBER
GOP	Gebührenordnungsposition	VARCHAR
ANZAHL_VG_FAELE	Anzahl der Behandlungsfälle pro Vergleichsgruppe	NUMBER
ANZAHL_VVG_FAELE	Anzahl der Behandlungsfälle pro verfeinerter Vergleichsgruppe	NUMBER

6. – VGRUPPEN

Feld	Beschreibung	Datentyp
QUARTAL	Abrechnungsquartal im Format QX/YYYY (z.B. Q1/2017)	VARCHAR
VG_K	Nummer der Vergleichsgruppe (VGK)	VARCHAR
VG_B	Bezeichnung der Vergleichsgruppe.	VARCHAR

7. - VG_KENNZ_HBSNR_Zuordnung_JJJJ

Feld	Beschreibung	Datentyp
JJJQRTL	Abrechnungsquartal im Format YYYYQX (z.B. 2017Q1)	VARCHAR
HBSNR	Hauptbetriebsstättennummer (9-Stellig)	NUMBER
VG_KENNZ	Nummer der Vergleichsgruppe (VGK)	NUMBER
LANR9	Lebenslangearztnummer (9-Stellig)	NUMBER
BSNR9	Betriebsstättennummer (9-Stellig), Haupt oder Nebenbetriebsstätte	NUMBER

Beziehungen zwischen den einzelnen Datensätzen

STAT_ARZTFALLSTATISTIK - STAT_VGFALLSTATISTIK

Die Daten können über die folgenden Felder verknüpft werden

- Quartal
- Vergleichsgruppe

Falltyp
Altersgruppe

Somit erhält man zu jeder einzelnen Arztstatistik die entsprechende Vergleichsgruppenstatistik. Dadurch hat man die Möglichkeit einen einzelnen Arzt seiner Vergleichsgruppe gegenüberzustellen.

STAT_GOP_HBSNR_LANR - STAT_GOP_VG_VVG

Die Daten können über folgenden Felder verknüpft werden

Quartal
Vergleichsgruppe
GOP

Durch diese Verknüpfung kann man die Abrechnungspositionen der einzelnen Ärzte den Werten ihrer Vergleichsgruppen und der verfeinerten Vergleichsgruppe gegenüberstellen um die Abweichung zu ermitteln.

D. Weiterleitung der Datensätze und Erstellung der Statistiken

- 1) Die Datenlieferung an die Prüfungsstelle erfolgt gem. Buchstaben A – C dieses Abschnitts.
- 2) Die Prüfungsstelle prüft die übermittelten Daten auf Einhaltung der vereinbarten Datensatzformate und Plausibilität. Im Anschluss erstellt die Prüfungsstelle die zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 S. 1 SGB V relevanten Statistikdaten. Die Prüfungsstelle benennt der Kassenärztlichen Vereinigung die zu prüfenden Hauptbetriebsstätten bis spätestens acht Wochen nach Bereitstellung der vollständigen und plausiblen Daten und Rückmeldung der Vertragspartner zu den Ergebnissen der Zielvereinbarungen an die Prüfungsstelle.
- 3) Die KVN übermittelt die Daten der erweiterten Datenlieferung spätestens einen Monat nach Anforderung der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 3 SGB V.
- 4) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung ist in den Datensatzbeschreibungen geregelt. Buchst. C gilt entsprechend.
- 5) Fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen sind binnen vier Wochen nach Eingang der Daten bei der Prüfungsstelle unter Nennung der fehlenden Eigenschaft bei der betroffenen Krankenkasse bzw. der KVN anzuzeigen. Erfolgt bis zum Ablauf einer Frist von weiteren vier Wochen keine neue oder ergänzende Datenlieferung, werden die Vertragspartner informiert.

Abschnitt III Datenlieferungen GKV

A. Arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V

- 1) Für die Prüfung nach § 106b Abs. 1 SGB V des Verordnungsbereichs „Arznei- und Verbandmittel einschl. Sprechstundenbedarf“ liefern die Krankenkassen der Prüfungsstelle Datensätze mit den von allen Ärzten verordneten Arznei- und Verbandmittel für jedes Quartal eines Kalenderjahres. Die Datensätze werden auf der Ebene einzelner Verordnungsblätter erstellt.
- 2) Die von den Krankenkassen zu liefernden Datensätze für Arznei- und Verbandmittel (erweiterte Arzneimitteldatei) enthalten die in § 13 Abs. 2 des Vertrags über den Datenaustausch (Anlage 6 BMV-Ä) genannten Angaben. Die Auflistung der Angaben in den nachfolgenden Aufzählungen (Buchst. C Tabellen 1 bis 3) stellt den Rahmen dar. Die Krankenkassen oder ihre Verbände stellen mit der Prüfungsstelle das Benehmen über die tatsächlich zu liefernden Daten her.
- 3) Zusätzlich zu den Datensätzen der Arznei- und Verbandmittel erstellen die Krankenkassen Datensätze (Sprechstundenbedarfsdatei) mit den in 13 Abs. 3 des Vertrags über den Datenaustausch (Anlage 6 BMV-Ä) genannten Angaben. Die Auflistung möglicher Daten sind in der nachfolgenden Aufzählung (Buchst. C Tabelle 4) dargestellt. Die Krankenkassen oder ihre Verbände stellen über die tatsächliche Datenlieferung das Benehmen mit der Prüfungsstelle her.
- 4) Für die Prüfung nach § 106b SGB V des Verordnungsbereichs Heilmittel liefern die Krankenkassen der Prüfungsstelle Datensätze mit den von allen Ärzten verordneten Heilmittel für jedes Quartal eines Kalenderjahres. Die Datensätze für Heilmittel (Heilmitteldatei) enthalten die in § 14 Abs. 1 des Vertrags über den Datenaustausch (Anlage 6 BMV-Ä) genannten Angaben. Die Auflistung der Angaben in der nachfolgenden Aufzählung (Buchst. D Tabelle 5 und 6) stellt den Rahmen dar. Die Krankenkassen oder ihre Verbände stellen mit der Prüfungsstelle das Benehmen über die tatsächlich zu liefernden Daten her.
- 5) Die Landesverbände/Krankenkassen informieren die Prüfungsstelle über die Feldinhalte der von Ihnen bzw. Ihrem Dienstleister übermittelten Datensätze nach Buchst. B. Ziffer 1 bis 3.

B. Berücksichtigung von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 und § 130b Abs. 2 SGB V - Datenlieferung

- 1) Sind Ärzte einem Vertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V beigetreten, so übermittelt die vertragsschließende Krankenkasse der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die lebenslange Arztnummer der teilnehmenden Ärzte, die betroffenen Pharmazentralnummern und die Vertragslaufzeit. Diese Verordnungen unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung und sind von der Prüfungsstelle vor Einleitung der Prüfungsverfahren von den übermittelten Gesamtverordnungsdaten abziehen. Dabei sind die LANR als Personen- und das Verordnungsdatum als Zeitbezug im Rahmen der angegebenen Vertragslaufzeit maßgeblich.

- 2) Die Rabatte aus Verträgen ohne Beitrittsmöglichkeiten nach § 130a Absatz 8 SGB V werden in der Regel vor Einleitung der Prüfung abgezogen. Hierzu übermitteln die Krankenkassen bzw. deren Landesverbände der Prüfungsstelle die Summen der Rabattbeträge je HBSNR oder ziehen diese mit der Lieferung vom Nettobetrag der Einzeldatensätze ab. Die Krankenkassen oder deren Verbände informieren die Prüfungsstelle über das gewählte Verfahren.

- 3) Bundesweite Praxisbesonderheiten sind im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gem. §§ 106 bis 106c SGB V von der Prüfungsstelle vorab als Praxisbesonderheit anzuerkennen, soweit dies in einer Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 SGB V vorgesehen ist (§ 130b Abs. 2 SGB V). Ist eine eindeutige Identifizierung als bundesweite Praxisbesonderheit im Rahmen der Vorabprüfung nicht möglich, weil der GB-A einen Zusatznutzen nur für bestimmte Indikationen festgestellt hat, das Arzneimittel aber für darüber hinaus gehende Indikationen zugelassen ist, für die ein Zusatznutzen nicht festgestellt wurde, erfolgt eine Berücksichtigung auf Arztvortrag im Rahmen der Prüfung. Gleiches gilt analog für Arzneimittelverordnungen gem. § 130c SGB V.

C. Datenlieferung durch die Krankenkassen – Stand. 01.01.2022

1 Datenlieferung „Arzneimitteldatei“

Lieferintervall	Jährlich (aufgeteilt in vier Quartale)
Lieferzeitpunkt	Bis Ablauf des 9. Monats nach Ende des Vorjahres
Datenbezeichnung	Anmerkungen
Arztnummer	
Betriebsstättennummer	
Verordnungsquartal	
Institutionskennzeichen der Krankenkasse oder Zugehörigkeitsmerkmal zu einem Krankenkassenverband	
Altersgruppe	
Belegnummer	
Rezeptdatum	Datum der Ausstellung
Pseudonymisierte	
Geburtsdatum	
Gesamtbrutto	
Gesamtzahlung	
Gesamtnetto	
PZN-Schlüssel 1	
Faktor 1	
Positionsbrutto 1	
Positionsnetto 1	
...	
PZN-Schlüssel 9	
Faktor 9	
Positionsbrutto 9	
Positionsnetto 9	

2 Datenlieferung „Erweiterte Arzneimitteldatei/Versichertennummer“

Lieferintervall		Jährlich (aufgeteilt in vier Quartale)
Lieferzeitpunkt		Ein Monat-nach Anforderung durch Prüfungsstelle
Datenbezeichnung		Anmerkungen
Arztnummer	Nur Ärzte mit erreichten Aufgreifkriterien AM	
Betriebsstättennummer	Nur Ärzte mit erreichten Aufgreifkriterien AM	
Verordnungsquartal		
Institutionskennzeichen der Krankenkasse oder Zugehörigkeitsmerkmal zu einem Krankenkassenverband		
Pseudonymisierte		
Echte Versichertennummer		

3 Datenlieferung „Sprechstundenbedarfsdatei“ Durchschnittswerteprüfung des Verordnungsbereichs Arznei- und Verbandmittel einschließlich Sprechstundenbedarf

Lieferintervall		Jährlich (aufgeteilt in vier Quartale)
Lieferzeitpunkt		bis 9 Monate nach Ablauf des Vorjahres
Datenbezeichnung		Anmerkungen
Arztnummer		
Betriebsstättennummer		
Verordnungsquartal		
PZN		
Verordnungsdatum	Ausstellungsdatum der Verordnung	
Anzahl Einzelverordnungen	Anzahl der für diese PZN eingegangenen Einzelverordnungen je Verordnung	
Gesamtbrutto	Gesamtbrutto für diese PZN	
Gesamtnetto	Gesamtnetto für diese PZN	

4 Datenlieferung „Sprechstundenbedarfsdatei“ Zulässigkeitsprüfung

Lieferintervall		variabel
Lieferzeitpunkt		variabel
Datenbezeichnung		Anmerkungen
Aktenzeichen		Wird von ARWINI definiert
Regress_ID		Wird von RPD definiert
BSNR		Betriebsstättennummer
LANR		Lebenslange Arztnummer
BSNR_Bez		Name der Betriebsstätte
Beleg_Nr		Belegnummer
Verord_Dat		Verordnungsdatum (Format: „YYYYMMDD“)
PZN		Pharmazentralnummer
Faktor		Mengenfaktor
Rabatt		Summer der Zu-/Abschläge
Korrektur		Korrekturbetrag (Betrag, um den der Nettopreis der beanstandeten Einzelverordnung gekürzt werden soll (Nettopreis_SOLL = Nettopreis_IST abzgl. Korrektur)
Anteil		Versicherten-Zuzahlung (im SSB gibt es keine Versicherten-Zuzahlung --> 0,00)
Bruttopreis		Bruttopreis_IST
Nettopreis		Nettopreis_IST (= Bruttopreis_IST abzgl. Rabatt und Anteil)
Beanstandung_ID		Eindeutiger Beanstandungs-Code
Beanstandung_Text		Klartext zum Beanstandungscode

5 Datenlieferung „Heilmitteldatei“

Lieferintervall		Jährlich (aufgeteilt in vier Quartale)
Lieferzeitpunkt		bis 9 Monate nach Ablauf des Vorjahres
Datenbezeichnung		Anmerkungen
Arztnummer		
Betriebsstättennummer		
Verordnungsquartal		
Institutionskennzeichen der Krankenkasse oder Zugehörigkeitsmerkmal zu einem Krankenkassenverband		
Altersgruppe		
Belegidentifikation		
Verordnungsdatum		
Pseudonymisierte Versichertennummer		
Geburtsdatum		
Diagnosegruppe		
Art der Genehmigung		
Diagnose 1		ICD-10-GM-Code; sofern auf dem Verordnungsblatt vorhanden
Diagnose 2		ICD-10-GM-Code; sofern auf dem Verordnungsblatt vorhanden
Diagnose 3		ICD-10-GM-Code; sofern auf dem Verordnungsblatt vorhanden
Diagnose 4		ICD-10-GM-Code; sofern auf dem Verordnungsblatt vorhanden
Diagnose 5		CD-10-GM-Code; sofern auf dem Verordnungsblatt vorhanden

Leitsymptomatik	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog : 1.Stelle: Leitsymptomatik a 2. Stelle: Leitsymptomatik b 3. Stelle: Leitsymptomatik c 4. Stelle: patientenindividuelle Leitsymptomatik, je Stelle: „0“ = nein; „1“ = ja
Patientenindividuelle Leitsymptomatik	Als Text anzugeben, falls 4. Stelle bei „Leitsymptomatik“ =“1“
Gesamtbrutto	
Gesamtzuzahlung prozentual	
Pauschalzuzahlung	
Gesamtnetto	
Leistungsschlüssel 1	Heilmittelpositionsnummer
Faktor 1	
Positionsbrutto 1	
Positionsnetto 1	
...	
Leistungsschlüssel 30	Heilmittelpositionsnummer
Faktor 30	
Positionsbrutto 30	
Positionsnetto 30	

6 Datenlieferung „ Heilmitteldatei / Versichertennummer“

Lieferintervall	Jährlich (aufgeteilt in vier Quartale)
Lieferzeitpunkt	Zwei Monate-nach Anforderung durch Prüfungsstelle
Datenbezeichnung	Anmerkungen
Arztnummer	Nur Ärzte mit erreichten Aufgreifkriterien HM
Betriebsstättennummer	Nur Ärzte mit erreichten Aufgreifkriterien HM
Verordnungsquartal	
Institutionskennzeichen der Krankenkasse oder Zugehörigkeitsmerkmal zu einem Krankenkassenverband	
Pseudonymisierte Versichertennummer	
Echte Versichertennummer	

D. Weiterleitung der Datensätze und Erstellung der Statistiken

- 1) Die Datenlieferung an die Prüfungsstelle erfolgt gem. den Buchstaben A – C dieses Abschnitts.
- 2) Die Prüfungsstelle prüft die übermittelten Daten auf Einhaltung der verabredeten Datensatzformate und Plausibilität. Im Anschluss daran erstellt die Prüfungsstelle die zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 S. 1 SGB V relevanten Statistikdaten. Die Prüfungsstelle benennt den Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung die zu prüfenden Hauptbetriebsstätten bis spätestens acht Wochen nach Bereitstellung der vollständigen und plausiblen Daten und Rückmeldung der Vertragspartner zu den Ergebnissen der Zielvereinbarungen an die Prüfungsstelle.
- 3) Die Krankenkassen übermitteln die Daten der erweiterten Datenlieferung spätestens einen Monat nach Anforderung der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 3 SGB V.

- 4) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung ist in den Datensatzbeschreibungen geregelt. Buchst. C gilt entsprechend.
- 5) Fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen sind binnen vier Wochen nach Eingang der Daten bei der Prüfungsstelle unter Nennung der fehlenden Eigenschaft bei der betroffenen Krankenkasse bzw. der KVN anzuzeigen. Wird eine Anzeige auf Nachlieferung innerhalb dieser Frist nicht gestellt, erlischt die Pflicht der Krankenkassen zu einer Neulieferung der betroffenen Daten. Erfolgt bis zum Ablauf einer Frist von weiteren vier Wochen keine neue oder ergänzende Datenlieferung, werden die Vertragspartner informiert

Anlage 3 – Anhang 1 Altersgruppen**Gültig ab 01.01.2022**

Altersgruppe	Zeitraum	Kennzeichen
Kinder	0 bis Vollendung 15. Lebensjahr	1
Jugendliche und Erwachsene	Beginn 16. bis Vollendung 49. Lebensjahr	2
Erwachsene	Beginn 50. bis Vollendung 64. Lebensjahr	3
Rentner/Senioren	ab dem 65. Lebensjahr	4

Sofern die Altersgruppe nicht eindeutig zuzuordnen ist, kann als Kennzeichen auch „0“ geliefert werden.

Anlage 3 Anhang 2 - Berechnungsbeispiel zum gewichteten Vergleichswert

Gültig ab 01.01.2022

HBSNR		121234500	
SCHRITT 1			
LANR	Fachgruppenzuordnung je LANR in der HBSNR festlegen	111111101	222222201
besondere Schwerepunkte		0	0
KVN Bezirk	Priorität 1	12	17
Verdichtungsraum nur Hausärzte	Priorität 2	2	0
Fachgruppe	Priorität 3	8000	2122
Vergleichsgruppenkennzeichen (VCK)		80002120	21220170
SCHRITT 2			
Fallzahl je Vergleichsgruppenzuordnung entsprechend VCK und Altersgruppe der HBSNR ermitteln			
zur Eingruppierung zählt das Alter des Versicherten zum 1. Tag des Quartals (Beispielwerte siehe Tabelle unten)			
SCHRITT 3			
Durchschnittlichen Fallwert je Vergleichsgruppe ermitteln			
Gesamte Bruttoverordnungsbrutto je Vergleichsgruppe und Altersgruppe (AVG) dividiert durch die Fälle der AVG			
zur Eingruppierung zählt das Alter des Versicherten zum 1. Tag des Quartals (Beispielwerte siehe Tabelle unten)			
SCHRITT 4			
Gesamtfallzahl der HBSNR ermitteln			
hier: 500.000 €			
Nach Fallzahlen und Fachgruppenzugehörigkeit gewichteten Fallwert der Fachgruppe ermitteln			
hier: 2.000 €			
je Quartal			
LANR in der HBSNR nach zugeordneter Vergleichsgruppe			
LANR			
Vergleichsgruppenkennzeichen			
Hausätze			
Kinder/ärztl			
Schwerepunkte mit Rubrikbilanz			
Gesamtsumme			
Fälle der HBSNR nach zugeordneter Vergleichsgruppe entsprechend des VCKs			
Fallwert je Alters- und Vergleichsgruppe (AVG)			
Gewichtetes Bruttoverordnungsbrutto der HBSNR (gw Vck) auf Basis der Fallwerte der AVG			
Gesamt-Bruttoverordnungsbrutto HBSNR 121234500			
Abweichung (Abw _{gw}) des Bruttoverordnungsbruttos zur Vergleichsgruppe in %			
nach der Fallzahlverteilung der HBSNR gewichteter Fallwert (gw Fallwert) nach AVG			
Fallwert der HBSNR (FW _{HBSNR})			
Abweichung (Abw _{gw}) der Vergleichsgruppenfallwerte in %			
Die Berechnung gilt analog für die Berechnung mit Honorarvolumina.			
Die Berechnung erfolgt quartalsweise			

Die Berechnung gilt analog für die Berechnung mit Honorarvolumina.
Die Berechnung erfolgt quartalsweise

Anlage 4 Übersicht der gutgeschriebene Nachforderungsbeträge aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung

für das Quartal X/XX

(zur Erläuterung der im Formblatt 3 in der Kontenart 395, 396, 399 verrechneten Nachforderungen)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
LANR	Name des Arztes	Sitz des Arztes	BSNR	Prüfart	Prüfzeit- raum	Prüfungs- einrichtung (Prüfungs- stelle oder BA)	Nachfor- derung (in €)	Nachford- erung (Punkte)	im Formblatt 3 für Q/JJJJ	Begründung bei Beträgen mit negativen Vorzeichen*

Legende zu Spalte 11:

- *1 = Ergebnis eines Gerichtsverfahrens (z.B. Gutschrift durch Aufhebung des Nachforderungsbescheids, Urteil oder Beschluss des Gerichts, gerichtlicher Vergleich)
- *2 = Abtretung Forderungseinzug (Abtretung einer Forderung der KVN an die Krankenkassen mangels Honorarkonto des Arztes)
- *3 = Insolvenz (Abtretung einer Forderung wegen Insolvenz des Arztes)
- *4 = Korrekturbuchung
- *5 = sonstiger Grund

Als weitere Spalten 12 bis 14 sind folgende Daten vorgesehen:

- Abrechnungsquartal
- Kontenart
- Vorgangsnummer

Die Übermittlung soll in elektronischer Form (.txt oder .csv Format) erfolgen.

Anlage 5
Bevollmächtigte(r) Dienstleister nach §§ 30 und 32 Abs. 7 und § 32
Abs. 6

Dienstleister gemäß § 30 Abs. 7 – Sonstiger Schaden und Richtlinienverstöße:

./.

Dienstleister gemäß § 32 Abs. 6 - Sprechstundenbedarf

Rezeptprüfstelle Duderstadt,
Adenauerring 25,
37115 Duderstadt.

Stand: 01.01.2022

Anlage 6
Nicht besetzt.

Anlage 7 Beratungen

§ 1 Gegenstand und Ziel der Beratung

- (1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die KVN sind gem. § 106 Abs. 1 SGB V verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen zu überwachen.
- (2) Nach § 106 b Abs. 2 S. 3 HS 1 SGB V ist bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen einer statistischen Prüfung eine individuelle Beratung festzusetzen und durchzuführen. Dies gilt für jeden Verordnungsbereich im Sinne des § 6 Abs. 4 dieser Vereinbarung gesondert.
- (3) Eine erstmalige Auffälligkeit bei statistischer Prüfung liegt vor, wenn
 - bisher keine individuelle Beratung nach § 106 b Abs. 2 S. 3 HS 1 SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,
 - bisher keine Nachforderung (Erstattung des Mehraufwands im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) erfolgt ist,
 - bisher keine Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist oder
 - eine individuelle Beratung oder eine Nachforderung nach § 106 SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) länger als fünf Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurückliegt.

§ 2 Inhalt der Beratung

- (1) Die Beratung im Arzneimittelbereich kann insbesondere beinhalten:
 - Beratung zu Verordnungsalternativen
 - Evidenz-basierter Einsatz von Arzneimitteln
 - Bewertung therapeutischer Alternativen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
 - Informationen zu Inhalt und Umsetzung der Arzneimittelrichtlinien
 - Informationen zu Arzneimittelwechselwirkungen
 - Polypragmasie und Mengenkontrolle
 - Altersspezifische Arzneimitteltherapie
 - Einsparungspotentiale durch Preisvergleich bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln
 - Vermeidung von Arzneimitteln mit kontrovers diskutierter Wirkung

- Vermeidung von patentgeschützten Arzneimitteln, die gegenüber eingeführten generisch verfügbaren Präparaten nur marginale therapeutische Vorteile aufweisen
- Auffälligkeiten aus dem Prüfbescheid sowie zu den im Prüfverfahren vorgebrachten Praxisbesonderheiten

(2) Die Beratung im Heilmittelbereich kann insbesondere beinhalten:

- Informationen zu Inhalt und Umsetzung der Heilmittel-Richtlinien
- Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind
- Art und Umfang der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
- Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosegruppe unter dem Gesichtspunkt des med. Erfordernisses des Einzelfalls innerhalb des Regelfalls
- Informationen zur Einhaltung behandlungsfreier Intervalle
- Informationen über die Notwendigkeit einer zwingend durchzuführenden störungsbildabhängigen Diagnostik innerhalb und außerhalb des Regelfalls
- Bewertung therapeutischer Alternativen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
- Einsparpotentiale durch Preisvergleich bei der Wahl des Heilmittels bei gleicher Diagnose/Indikation
- Abwägung einer Heilmittelverordnung unter Beachtung der Vorschriften der Heilmittel-Richtlinie sowie deren Anlagen
- Beurteilung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung
- Auffälligkeiten aus dem Prüfbescheid sowie zu den im Prüfverfahren vorgebrachten Praxisbesonderheiten

§ 3 Durchführung der Beratung

- (1) In den Bescheiden der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses wird auf die Beratung als Rechtsfolge hingewiesen. Der Arzt wird darauf hingewiesen, dass er auf die Beratung verzichten kann. Diesen Verzicht muss er schriftlich gegenüber der Prüfungsstelle erklären.
- (2) Die Beratungen erfolgen durch individuelle Beratungsschreiben, die durch Mitarbeiter der Prüfungsstelle erstellt werden. Die Beratungsschreiben erfolgen auf Grundlage der bei der Prüfungsstelle vorhandenen Daten der zum Beratungszeitpunkt vorliegenden aktuellsten Lieferung oder anderen verfügbaren Datenquellen (GAmSi und GKV-HIS). Dabei ist der Datenschutz zu beachten. Die Landesverbände der Krankenkassen und die KVN stellen jeweils einen Vertreter, die im Bedarfsfall gemeinsam die Prüfungsstelle bei der Erstellung der Beratungsschreiben inhaltlich unterstützen. Die Prüfungsstelle stellt die Beratungsschreiben förmlich zu.
- (3) Die Beratung erfolgt in einem gesonderten Schriftsatz, der die im Bescheid getroffenen Feststellungen thematisch aufgreift und Behandlungs- bzw. Verordnungsalternativen aufzeigt und dadurch helfen soll, eine zukünftige Nachforderung zu vermeiden.
- (4) Die individuelle Beratung erfolgt frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Bescheids der Prüfungsstelle und soll spätestens sechs Monate nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Bescheids durchgeführt werden. Ein Widerspruch gegen den Beratungsbescheid entfaltet gemäß § 106c Abs. 3 S. 2 SGB V aufschiebende Wirkung.
- (5) Jeder betroffene Arzt hat die Möglichkeit, sich zusätzlich zu der schriftlichen Beratung auch persönlich beraten zu lassen. Absatz 4 Satz 2 bleibt davon unberührt. Sofern der Arzt eine persönliche Beratung wünscht, muss er dies innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Beratungsschreibens gegenüber der Prüfungsstelle schriftlich anzeigen. Auf diese Möglichkeit wird der Arzt im Rahmen der schriftlichen Beratung hingewiesen.
- (6) Die Prüfungsstelle trifft im Rahmen der individuellen Beratungen die Entscheidungen über Anträge auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten oder bei Heilmitteln von besonderen Versorgungsbedarfen. Der Arzt kann diese Feststellung auch beantragen, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung einer Nachforderung nach § 106 Abs. 3 Satz 2 SGB V droht. Erfolgt die Beratung schriftlich, kann der Arzt die Anträge schriftlich bis max. 6 Monate nach Bestandskraft des Bescheids bei der Prüfungsstelle einreichen.
- (7) Nimmt ein Arzt die persönliche Beratung in Anspruch, wird diese folgendermaßen durchgeführt:
 - a) Die Beratung erfolgt nach Terminvergabe durch die Prüfungsstelle in den Räumen der ARWINI, Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover. Bei der Terminplanung ist darauf zu achten, dass, soweit möglich, mehrere Ärzte am selben Tag beraten werden.
 - b) Die Beratungen werden durch die Prüfungsstelle durchgeführt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die KVN stellen jeweils einen Vertreter, welche die Prüfungsstelle bei der Durchführung der Beratungen in medizinisch/pharmakologischen Fragestellungen unterstützen.
 - c) Die Beratungen erfolgen auf Grundlage der bei der Prüfungsstelle vorhandenen Daten nach Absatz 2.

- d) Die für die Beratung erforderlichen Daten werden von der Prüfungsstelle Niedersachsen im Vorfeld des Termins aufbereitet. Ein Mitarbeiter der Prüfungsstelle Niedersachsen moderiert das Gespräch und fertigt ein Protokoll. Ein Exemplar des Protokolls erhalten jeweils der betroffene Arzt sowie die Vertragspartner.
- e) Die KVN und die Landesverbände der Krankenkassen tragen die Kosten ihres jeweils entsandten Mitarbeiters selbst.
- f) Soweit der Prüfungsstelle Niedersachsen aufgrund der Durchführung der Beratungen Kosten entstehen, welche über Buchstabe e) hinausgehen, werden diese über den Haushalt der ARWINI abgewickelt.

Anlage 8

Musterschreiben Insolvenzverwalter

Sehr geehrter Herr .../sehr geehrte Frau ...

durch Beschluss des Amtsgerichts vom ..., AZ ... sind Sie zum Insolvenzverwalter über das Vermögen des Herrn Dr. .../ der Frau Dr. ... bestellt worden.

Gegen den Schuldner / die Schuldnerin ist / sind bei der Prüfungsstelle Niedersachsen / dem Beschwerdeausschuss Niedersachsen (ein) Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung anhängig, in denen von Amts wegen oder aufgrund eines konkreten Prüfantrags einer Krankenkasse oder der KVN folgende vorläufige Schadensersatzforderungen angemeldet werden:

Antrag der ... vom ... Forderung in Höhe von ... €, AZ ...

Durchschnittswertprüfung/Richtgrößenprüfung Arzneimittel/ Heilmittel für das Jahr ..., potentieller Nachforderungsbetrag ... €, AZ ...

Honorardurchschnittsprüfung Quartale ... , potentieller Nachforderungsbetrag ...

Das Insolvenzverfahren hat Auswirkungen auf das Prüfverfahren, da die Vorschriften der Insolvenzordnung (InsO) zu beachten sind.

Gleichwohl ist es notwendig, die Prüfung der Wirtschaftlichkeit auch bei Eröffnung eines Insolvenzverfahren fortzuführen, da erst nach Anhörung des Arztes / der Vertragsärztin von Prüfungsstelle oder Beschwerdeausschuss bewertet werden kann, ob eine Nachforderung gegenüber dem Schuldner/der Schuldnerin tatsächlich berechtigt ist. Eine Erstattungspflicht besteht nur, soweit keine Praxisbesonderheiten bestehen oder der Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit der Versorgung vom Arzt nicht widerlegt werden kann.

Gegen eine von der Prüfungsstelle festgesetzte Nachforderung kann Widerspruch erhoben werden. Das Widerspruchsverfahren findet vor dem Beschwerdeausschuss Niedersachsen statt. Nach erfolgter Prüfung bedarf eine verbleibende Erstattungspflicht der abschließenden Feststellung der Höhe eines Nachforderungsbetrages durch die Prüfungsgremien. Diese kann von der zur Tabelle angemeldeten (potentiellen) Nachforderung abweichen.

Hilfe bei der Stellungnahme bietet die Kassenärztliche Vereinigung an. Eine fehlende Stellungnahme des Schuldners/der Schuldnerin kann dazu führen, dass zu Unrecht eine Forderung festgesetzt wird. Daher ist das Verwaltungsverfahren bei der Prüfungsstelle/dem Beschwerdeausschuss auch im Fall einer Insolvenz zwingend fortzuführen.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage: Vollmachten

Forderungsanmeldung im Insolvenzverfahren

Anmeldungen sind stets nur an den Insolvenzverwalter (Treuhänder, Sachwalter) zu senden, nicht an das Gericht.

Bitte beachten Sie auch das gerichtliche Merkblatt zur Forderungsanmeldung.

Schuldner	
Insolvenzgericht: Amtsgericht:	Aktenzeichen
Gläubiger Genaue Bezeichnung des Gläubigers mit Postanschrift, bei Gesellschaften mit Angabe der gesetzlichen Vertreter	Gläubigervertreter Die Beauftragung eines Rechtsanwalts ist freigestellt. Die Vollmacht muss sich ausdrücklich auf Insolvenzsachen erstrecken. <input type="checkbox"/> Vollmacht anbei bzw. folgt umgehend
Bankverbindung	
Geschäftszeichen	Geschäftszeichen

Angemeldete Forderungen

Jede selbständige Forderung ist getrennt anzugeben. Reicht der Raum auf diesem Formular nicht aus, so sind die weiteren Forderungen in einer Anlage nach dem folgenden Schema aufzuschlüsseln.

Erste Hauptforderung im Rang des § 38 InsO (notfalls geschätzt)	€
Zinsen , höchstens bis zum Tag vor der Eröffnung des Verfahrens	€
<input type="checkbox"/> Prozentpunkten über Basiszinssatz aus € seit dem	
<input type="checkbox"/> % aus € seit dem	
Kosten , die aus der Eröffnung des Verfahrens entstanden sind	€
Summe	0,00 €

Zweite Hauptforderung im Rang des § 38 InsO (notfalls geschätzt)	€
Zinsen , höchstens bis zum Tag vor der Eröffnung des Verfahrens	€
<input type="checkbox"/> Prozentpunkten über Basiszinssatz aus € seit dem	
<input type="checkbox"/> % aus € seit dem	
Kosten , die aus der Eröffnung des Verfahrens entstanden sind	€
Summe	0,00 €

Nachrangige Forderungen (§ 39 InsO)
--

Diese Forderungen sind nur anzumelden, wenn das Gericht ausdrücklich hierzu aufgefordert hat (§ 174 Abs. 3 InsO). Die gesetzliche Rangstelle ist durch Ankreuzen zu bezeichnen. Ab Nachrang 3 sind Zinsen und Kosten gesondert anzugeben und der jeweiligen Hauptforderung zuzuordnen (vgl. § 39 Abs. 3 InsO).		
1.	<input type="checkbox"/> Nachrang des § 39 Abs. 1 Nr. 1	€
2.	<input type="checkbox"/> Nachrang des § 39 Abs. 1 Nr. 2	€
3.	<input type="checkbox"/> Nachrang des § 39 Abs. 1 Nr. 3	€
4.	<input type="checkbox"/> Nachrang des § 39 Abs. 1 Nr. 4	€
5.	<input type="checkbox"/> Nachrang des § 39 Abs. 1 Nr. 5	€
6.	<input type="checkbox"/> Nachrang des § 39 Abs. 2	€
Zinsen (§ 39 Abs. 3) zu Nachrang 3 – 4 – 5 – 6		€
Kosten (§ 39 Abs. 3) zu Nachrang 3 – 4 – 5 – 6		€
Summe der nachrangigen Forderungen		0,00 €

Abgesonderte Befriedigung unter gleichzeitiger Anmeldung des Ausfalls wird beansprucht.

Ja, Begründung siehe Anlage

Nein

Forderung aus vorsätzlich begangener unerlaubter Handlung

Ja, die Tatsachen, aus denen sich ergibt, dass es sich nach der Einschätzung der anmeldenden Gläubigerin oder des anmeldenden Gläubigers um eine Forderung aus einer vorsätzlich begangenen unerlaubten Handlung der Schuldnerin oder des Schuldners handelt, sind in der Anlage genannt

Nein

Grund und nähere Erläuterung der Forderungen (z. B. Warenlieferung, Miete, Darlehen, Reparaturleistung, Arbeitsentgelt, Wechsel, Schadensersatz)

Als Unterlagen, aus denen sich die Forderungen ergeben, sind beigefügt (möglichst in zwei Exemplaren):

.....
(Ort)

(Datum)

(Unterschrift und evtl. Firmenstempel)

Bitte reichen Sie diese Anmeldung und alle weiteren Unterlagen immer in zwei Exemplaren ein.

Beachten Sie auch die Hinweise im gerichtlichen Merkblatt zur Forderungsanmeldung.

Anlage 9

Praxisbesonderheiten

1. Berücksichtigung verordneter Arzneimittel als Praxisbesonderheit bei statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Als regionale Praxisbesonderheiten im Rahmen von statistischen Vergleichsprüfungen sind die nachfolgenden Wirkstoffe bzw. Arzneimittel vor Einleitung eines Prüfverfahrens zu berücksichtigen und damit nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b Abs. 1 SGB V. Für Praxisbesonderheiten gilt ebenfalls das Wirtschaftlichkeitsgebot: die jeweils strenge Indikation ist zu beachten, preiswerte Alternativen sind zu bevorzugen.

1. Immunsuppressiva nach Organtransplantationen
2. Substitution von Plasmafaktoren und nichtgerinnungsfaktorbasierte Therapien bei Faktormangelkrankheiten
3. Therapie mit Virustatika bei behandlungsbedürftigen HIV-Infektionen
4. orale und parenterale Chemotherapie (auch als Rezepturzubereitung) bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, monoklonalen Antikörper und Zytokine bzw. Interferone
5. Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger nach Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen
6. Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6. Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden. Der Therapiehinweis des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist zu beachten. (Entsprechende Fälle sind arztseitig über die GONr. 91904 in der Abrechnung zu kennzeichnen.)
7. Behandlung mit Arzneimitteln zur intravitrealen Injektion
8. Behandlung mit Arzneimitteln gegen Hepatitis C
9. Arzneimittel zur Therapie lysosomaler Speicherkrankheiten
10. Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose

2. Berücksichtigung bestimmter Heilmitteltherapien als Praxisbesonderheit bei statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Als regionale Praxisbesonderheiten im Rahmen von statistischen Vergleichsprüfungen sind die nachfolgenden Heilmittel vor Einleitung eines Prüfverfahrens zu berücksichtigen und damit nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b Abs. 1 SGB V. Für

Praxisbesonderheiten gilt ebenfalls das Wirtschaftlichkeitsgebot: die jeweils strenge Indikation ist zu beachten, preiswerte Alternativen sind zu bevorzugen.

1. Krankengymnastik im Rahmen der Heilmittelrichtlinien für die ersten 3 Monate nach chirurgischen/orthopädischen Eingriffen. (Entsprechende Fälle sind arztseitig über die GOP 91903 in der Abrechnung zu kennzeichnen).
2. Unabhängig von der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gemäß § 12 der Prüfvereinbarung gelten die Vorgaben der Heilmittelrichtlinie zur Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V und die gesetzlichen Regelungen zur Blankoverordnung nach § 73 Abs. 11 Satz 1 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.
3. Heilmittelverordnungen nach Maßgabe von Ziffer 8.2 in Pflegegutachten nach dem SGB XI durch den Medizinischen Dienst (MD), sofern die Therapieempfehlung des MD von der medizinischen Beurteilung des verordnenden Arztes abweicht. Entsprechende Fälle sind arztseitig über die GOP 91905 in der Abrechnung zu kennzeichnen und eine Kopie der entsprechenden Passage aus dem Gutachten zu der Patientenakte zu nehmen. Im Rahmen eines Prüfverfahrens sind diese Nachweise der Prüfungsstelle vorzulegen

Anlage 10

Regelungen zu Verfahren nach § 33 – Datenlieferung und Kosten der Verfahren

1. Datenlieferungen

Die Krankenkassen oder Verbände der Krankenkassen stellen der Prüfungsstelle die für die Prüfung notwendigen Daten und Statistiken zur Verfügung, soweit diese nicht aufgrund der Regelungen dieser Prüfvereinbarung bereits vorliegen.

2. Kosten

Die Vertragspartner sind sich einig, dass sie die Kosten der Prüfungsstelle gem. § 106c Abs. 2 S. 6 SGB V auch insoweit jeweils zur Hälfte tragen, als dies Prüfungen weiterer Einrichtungen und Versorgungsverträge nach § 33 dieser Vereinbarung betrifft. Diese Regelung gilt für entsprechende Prüfanträge, die bis zum bis zum 31.12.2022 bei der Prüfungsstelle eingehen.

Über eine Fortgeltung dieser Regelung entscheiden die Vertragspartner in gegenseitigem Einvernehmen.