

PRÜFUNGSVEREINBARUNG

über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit
durch den Prüfungs- und Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern
nach § 106 SGB V

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
(nachstehend als „KVB“ bezeichnet)

und

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
(nachstehend als „Krankenkasse“ bezeichnet)

dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
Landesvertretung Bayern
(nachstehend als "Verband der Ersatzkassen" bezeichnet)

dem BKK Landesverband Bayern
(nachstehend als "Landesverband" bezeichnet)

der Knappschaft – Verwaltungsstelle München
(nachstehend als "Landesverband" bezeichnet)

dem Funktionellen Landesverband der
Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern
(nachstehend als "Landesverband" bezeichnet)

der Vereinigten IKK
(nachstehend als „Krankenkasse“ bezeichnet)

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
Landesvertretung Bayern
(nachstehend als "Verband der Ersatzkassen" bezeichnet)

Inhaltsverzeichnis

I. Prüfungsgremien

- § 1 Grundsätze
- § 2 Einrichtungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- § 3 Kosten der Prüfungsgremien
- § 4 Vorsitzender in den Prüfungsgremien

II. Verfahren vor den Prüfungsgremien, Widerspruchsverfahren

- § 5 Prüfung von Amts wegen, Antragsverfahren
- § 6 Sitzungen
- § 7 Widerspruchsverfahren
- § 8 Bescheiderteilung

III. Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung

- § 9 Prüfungsarten und -verfahren
- § 10 Prüfmethoden
- § 11 Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung)

1. Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

- § 12 Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten
- § 13 Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise in Einzelfällen

2. Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise

- § 14 Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößen (Auffälligkeitsprüfung)
- § 15 Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten
- § 15 a Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten je definierter Dosiereinheit
- § 16 Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise in Einzelfällen
- § 17 Prüfung in sonstigen Einzelfällen

3. Verfahren in besonderen Fällen

- § 18 Verfahren bei Anträgen der Krankenkassen wegen nicht verordnungsfähiger Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und unzulässig verordnetem Sprechstundenbedarf

IV. Inkrafttreten, Kündigung

- § 19 Inkrafttreten

- § 20 Kündigung

V. Protokollnotizen

VI. Anlagen

- Anlage 1 Hinzuziehung eines Sachverständigen für die Sitzungen der Prüfungsgremien
- Anlage 2 Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise; Einteilung der Leistungsgruppen
- Anlage 3 Vergleichsgruppeneinteilung und Bildung der Durchschnittswerte
- Anlage 4 Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise; Gesamtübersicht
- Anlage 5 Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise; Häufigkeitsstatistik
- Anlage 6 Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise; Statistiken über die Verordnungsweise
- Anlage 7 Richtgrößenstatistik
- Anlage 8 Statistik zu Durchschnittswerten je definierter Dosiereinheit
- Anlage 9 Verteiler von Statistiken

I. Prüfungsgremien

§ 1

Grundsätze

- (1) ¹Über die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bei GKV-Versicherten und deren gleichgestellten Personen (z.B. Sozialhilfeempfänger nach § 264 SGB V) entscheiden die Prüfungsgremien nach § 2 unter Beachtung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen. ²Die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung wird durch Beratungen und Prüfungen überwacht.
- (2) ¹Als Vertragsarzt im Sinne dieser Vereinbarung gelten Vertragsärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie Medizinische Versorgungszentren und Gemeinschaftspraxen (im folgenden Vertragsarzt genannt). ²Unter dem Begriff „Vertragsarzt“ ist ebenfalls die Kooperationsform der Gemeinschaftspraxis zu verstehen. ³Soweit in dieser Vereinbarung der Begriff „ärztlich“ verwendet wird, gilt dieser Begriff entsprechend für vorgenannte Psychotherapeuten.
- (3) ¹Soweit in dieser Prüfungsvereinbarung von Prüfungsgremien die Rede ist, sind damit sowohl der Prüfungs- bzw. Beschwerdeausschuss als auch deren regionale Kammern erfasst. ²Soweit von Geschäftsstelle gesprochen wird, sind auch die regionalen Geschäftsstellen der Kammern gemeint. ³Soweit die unparteiischen Vorsitzenden des Prüfungs- bzw. Beschwerdeausschusses erwähnt werden, sind darunter auch deren Stellvertreter zu verstehen.
- (4) ¹Stellen die Prüfungsgremien fest, dass ein Vertragsarzt trotz vorausgegangener Maßnahmen nicht erkennen lässt, dass er zur wirtschaftlichen Behandlungs- und/oder Verordnungsweise bereit ist, so haben die Prüfungsgremien, die KVB und die Krankenkassen, Landesverbände sowie Verbände der Ersatzkassen zu unterrichten.
- (5) ¹Stellen die Prüfungsgremien geringfügige Unkorrektheiten in der Abrechnung eines Vertragsarztes fest, berichtigen sie diese im Rahmen ihrer Randkompetenz und/oder teilen sie der KVB und den Krankenkassen, Landesverbänden und Verbänden der Ersatzkassen unverzüglich mit.
- (6) ¹Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss erstellen einmal jährlich im Rahmen ihrer Berichtspflicht an die Aufsichtsbehörde eine Übersicht über die durchgeführten Beratungen und Prüfungen sowie die festgesetzten Maßnahmen. ²Die Vertragspartner erhalten jeweils ein Exemplar des Berichtes.

§ 2

Einrichtungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) 1Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragspartner bei der KVB-Bezirksstelle Oberpfalz einen gemeinsamen Prüfungs- und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern. 2In den übrigen Bezirksstellen der KVB bildet der gemeinsame Prüfungs- bzw. Beschwerdeausschuss jeweils regionale Kammern.
- (2) 1Die Geschäfte des Prüfungsausschusses und des Beschwerdeausschusses führt die von den Vertragspartnern unabhängige Geschäftsstelle mit Sitz bei der KVB-Bezirksstelle Oberpfalz. 2Für diese Geschäftsstelle bestellen der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss gemeinsam einen Leiter. 3Entsprechendes gilt für die Geschäftsstellen bei den regionalen Kammern.
- (3) 1Die Geschäftsstelle hat in Abstimmung mit dem unparteiischen Vorsitzenden alle für die Durchführung des Verfahrens erforderlichen Vorbereitungsmaßnahmen zu treffen. 2Sie hat den Prüfungsgremien jeweils unter anderem einen Beschlussvorschlag zu unterbreiten. 3Im übrigen ergeben sich die Aufgaben aus § 4 Abs. 1 WiPrüfVO.
- (4) 1Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Krankenkassen, Landesverbänden und Verbänden der Ersatzkassen, die Vertreter der Ärzte von der KVB benannt. 2Die Entbindung eines Vertreters von seinem Amt ist jeweils durch die ihn berufende Körperschaft möglich.
- (5) 1Der gemeinsame Prüfungs- und der gemeinsame Beschwerdeausschuss berät und entscheidet jeweils in der Besetzung mit je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen sowie je einem unparteiischen Vorsitzenden. 2Die Ausschüsse sind auch beschlussfähig, wenn nach ordnungsgemäßer Ladung mindestens zwei Vertreter auf Seiten der Krankenkassen bzw. der Ärzte und der unparteiische Vorsitzende anwesend sind. 3Das überzählige Mitglied wird durch Los ermittelt, sofern nicht ein Mitglied der überparitätisch repräsentierten Ausschussgruppe freiwillig auf das Stimmrecht verzichtet. 4Das überzählige Mitglied nimmt an der Abstimmung nicht teil. 5Kann eine Sitzung wegen fehlender Beschlussfähigkeit nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden, kann nach erneuter Ladung mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder entschieden werden.
- (6) 1Die Ausschüsse beschließen mit Stimmenmehrheit. 2Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden. 3Stimmenthaltung ist nicht zulässig.
- (7) Wer als Mitglied des Prüfungsausschusses tätig geworden ist, darf nicht in derselben Sache als Mitglied des Beschwerdeausschusses tätig werden.
- (8) 1Ein ärztliches Mitglied darf bei der Überprüfung seiner eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit nicht mitwirken. 2Das gleiche gilt für Ärzte, die mit diesem ärztlichen Mitglied in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. 3Im übrigen gilt § 16 SGB X.
- (9) 1Die Ausschussmitglieder sind an Weisungen nicht gebunden. 2Allerdings sollen sich die jeweiligen Kammern der Ausschüsse um eine einheitliche Spruchpraxis

bemühen. ³Sie sind verpflichtet, bei personenbezogenen Daten, die ihnen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit in den Prüfungsgremien zur Kenntnis gelangen, das Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I) zu wahren und die Vorschriften des SGB X über den Schutz der Sozialdaten zu beachten. ⁴Eine Mitteilung über die gefassten Beschlüsse gegenüber den entsendenden Krankenkassen, Landesverbänden und Verbänden der Ersatzkassen sowie gegenüber der entsendenden KVB ist davon ausgenommen.

§ 3

Kosten der Prüfungsgremien

- (1) ¹Die Kosten zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der damit verbundenen Aufgaben sowie die Kosten der Geschäftsstelle und ihrer Niederlassungen tragen die Vertragspartner jeweils zur Hälfte. ²Prüfungs- und Beschwerdeausschuss legen über die bei der KVB-Bezirksstelle Oberpfalz gebildete Geschäftsstelle den Krankenkassen, den Landesverbänden, den Verbänden der Ersatzkassen und der KVB bis zum 30.09. eines jeden Jahres eine Einnahmen- und Ausgabenübersicht für das kommende Geschäftsjahr und jeweils bis spätestens zwei Monate nach Ablauf des Geschäftsjahres einen Rechenschaftsbericht über die verauslagten Kosten des abgelaufenen Geschäftsjahres vor. ³Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.
- (2) ¹Die Vorsitzenden erhalten neben ihren Reisekosten eine Entschädigung, die sich aus einem Grundbetrag und einem sitzungsbezogenen Pauschalbetrag zusammensetzt. ²Mit dieser Entschädigung ist auch die Vor- und Nachbereitung von Sitzungen abgegolten. ³Das Nähere ist in der Entschädigungsvereinbarung geregelt.
- (3) ¹Kosten für die Mitglieder der Ausschüsse und Kammern tragen die entsendenden Körperschaften selbst. ²Etwaige Absprachen zwischen den Partnern der Gesamtverträge bleiben hiervon unberührt.
- (4) Für das Erstellen und Übersenden der benötigten Daten werden von den Vertragspartnern keine Kosten geltend gemacht.

§ 4

Vorsitzender in den Prüfungsgremien

- (1) ¹Für den Prüfungs- und Beschwerdeausschuss sowie die Kammern benennen die KVB und Krankenkassen, Landesverbände, Verbände der Ersatzkassen gemeinsam jeweils einen unparteiischen Vorsitzenden. ²Dieser soll Kenntnisse über das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung haben. ³Es sind ausreichend Stellvertreter zu benennen, um eine zeitnahe Entscheidung über die Verfahren zu gewährleisten. ⁴Die Amtsdauer beträgt zwei Jahre. ⁵Für die Abberufung gelten die Bestimmungen des § 3 Abs. 2 WiPrüfVO.

- (2) 1Der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses vertritt den Beschwerdeausschuss gerichtlich und außergerichtlich. 2Er kann hierbei seine Stellvertreter, einzelne Mitglieder der Prüfungsgremien und/oder geeignete Mitarbeiter der Geschäftsstelle hinzuziehen oder bevollmächtigen. 3Die Vertretung der Ausschüsse vor Gericht wird gesondert vergütet. 4Näheres hierzu regelt die Entschädigungsvereinbarung.

II. Verfahren vor den Prüfungsgremien, Widerspruchsverfahren

§ 5

Prüfung von Amts wegen; Antragsverfahren

- (1) 1Der Prüfungsausschuss prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Amts wegen oder auf Antrag. 2Im Vorfeld von Richtgrößenprüfungen sondieren die Krankenkassen, Landesverbände, Verbände der Ersatzkassen und die KVB gemeinsam mit dem Ziel, Empfehlungen an den Prüfungsausschuss abzugeben.
- (2) Eine Prüfung von Amts wegen wird eingeleitet, wenn der Vertragsarzt
- die Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit nach § 84 Abs. 7a SGB V i.V.m. der jeweils gültigen Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns überschreitet und/oder
 - das Richtgrößenvolumen überschreitet (Auffälligkeitsprüfung) und/oder
 - im Rahmen einer Stichprobenprüfung ermittelt wurde (Zufälligkeitsprüfung).
- (3) 1Der Antrag zur Prüfung muss den betroffenen Vertragsarzt, den Prüfungsgegenstand und das Quartal bezeichnen. 2Antragsberechtigt sind die KVB, eine Krankenkasse, ein Landesverband oder ein Verband der Ersatzkassen. 3Der Antrag ist mit den erforderlichen Daten bei der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses bzw. der Geschäftsstelle der zuständigen Kammer einzureichen. 4Zur Vorbereitung eines Antrages zur Prüfung nach Durchschnittswerten sollen Krankenkassen, Landesverbände, Verbände der Ersatzkassen und KVB gemeinsam sondieren, bei welchen Praxen Prüfungen empfohlen werden. 5Die erforderlichen Daten müssen rechtzeitig vor der Sitzung dem Prüfungsausschuss vorliegen, um eine Beschlussempfehlung durch die Geschäftsstelle zu ermöglichen. 6Unbeschadet der in der Prüfungsvereinbarung geregelten Antragsfristen sind Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 5 Abs. 3 der Richtlinien zur Abrechnungsprüfung gem. § 106 a Abs. 6 SGB V durchzuführen.

- (4) 1Die Verfahrensbeteiligten sind von den Prüfverfahren sowie von den gestellten Anträgen - soweit sie nicht selbst Antragsteller sind - zu unterrichten. 2Die Stellungnahmen zu den Prüfverfahren sind den übrigen Verfahrensbeteiligten zur Kenntnis zu bringen.

§ 6

Sitzungen

- (1) 1Die Prüfungsgremien nehmen ihre Funktionen in Sitzungen wahr. 2An einer Sitzung nehmen die Ausschussmitglieder, der unparteiische Vorsitzende und der für die Geschäftsstelle bestellte Protokollführer teil. 3Die Geschäftsstelle kann im Auftrag des Vorsitzenden auch geeignete Sachverständige hinzuziehen. 4Die Sitzungen werden vom unparteiischen Vorsitzenden geleitet.
- (2) Zu den Sitzungen der Prüfungsgremien sind die Ausschussmitglieder unter Übermittlung der Tagesordnung mit einer Frist von mindestens zwei Wochen einzuladen.
- (3) 1Die Geschäftsstelle stimmt mit dem Vorsitzenden die Sitzungstermine und die Tagesordnung der Sitzungen der Prüfungsgremien ab. 2Anzahl und Zeitfolge der Sitzungen sind dabei so festzulegen, dass die Verfahren möglichst zeitnah behandelt werden.
- (4) 1Die Geschäftsstelle bereitet im Auftrag des Vorsitzenden die für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen erforderlichen Daten auf, regelt den Versand an die Verfahrensbeteiligten, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und legt diese dem Prüfungs- bzw. Beschwerdeausschuss verbunden mit einem Vorschlag zur Festsetzung von Maßnahmen zur Entscheidung vor. 2Die Geschäftsstelle kann hierzu in Abstimmung mit dem Vorsitzenden geeignete Sachverständige hinzuziehen.
- (5) Nimmt ein Mitglied eines Prüfungsgremiums nicht selbst an der Sitzung teil, obliegt es ihm, die Einladung und die Unterlagen unverzüglich an seinen Vertreter weiterzuleiten.
- (6) 1Das Verfahren vor dem Prüfungsausschuss ist schriftlich. 2Der Beschwerdeausschuss entscheidet grundsätzlich im schriftlichen Verfahren. 3Auf Antrag eines Verfahrensbeteiligten ist dessen mündliche Anhörung vor dem Beschwerdeausschuss zuzulassen. 4Die Sitzungen sind nicht öffentlich.
- (7) Über jede Sitzung der Prüfungsgremien ist eine Niederschrift anzufertigen, die den Anforderungen des § 122 Sozialgerichtsgesetz entspricht.

§ 7

Widerspruchsverfahren

- (1) 1Der betroffene Vertragsarzt, die KVB, die betroffene(n) Krankenkasse(n), die betroffenen Landesverbände bzw. Verbände der Ersatzkassen können gegen die Entscheidungen des Prüfungsausschusses Widerspruch zum Beschwerdeausschuss erheben. 2Der Widerspruch einer Krankenkasse, eines Landesverbandes oder eines Verbandes der Ersatzkassen gegen einen Prüfbescheid wirkt für alle am Verfahren beteiligten Krankenkassen, Landesverbände bzw. Verbände der Ersatzkassen. 3In diesem Fall wirkt die Rücknahme des Widerspruches ebenso für alle am Verfahren beteiligten Krankenkassen, Landesverbände bzw. Verbände der Ersatzkassen.
- (2) Der Widerspruch ist innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Prüfbescheides bei der Kammer des Prüfungsausschusses schriftlich oder zur Niederschrift einzureichen, die den Bescheid erlassen hat.
- (3) Der Widerspruch wird mit den Akten und Unterlagen durch die Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses an den Beschwerdeausschuss weitergeleitet.
- (4) 1Widersprüche sollen innerhalb eines Monats nach Ablauf der Widerspruchsfrist schriftlich begründet werden. 2Nach Ablauf dieser Frist kann auch ohne Vorliegen einer Begründung über den Widerspruch entschieden werden.
- (5) 1Widersprüche, Widerspruchsbegründungen, Stellungnahmen und sonstige Anträge sind den anderen Verfahrensbeteiligten durch die Geschäftsstelle zur Kenntnis zu bringen. 2Die Geschäftsstelle kann einen Verfahrensbeteiligten unter Setzung einer angemessenen Frist zur Stellungnahme auffordern. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.
- (6) Ein Widerspruch soll innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf der Widerspruchsfrist auf die Tagesordnung des Beschwerdeausschusses gesetzt werden.
- (7) 1Stellt ein Verfahrensbeteiligter vor dem anberaumten Sitzungstermin einen Antrag auf Verlegung der mündlichen Verhandlung vor dem Beschwerdeausschuss, entscheidet hierüber die Geschäftsstelle. 2Die Verfahrensbeteiligten sind von der Entscheidung zu unterrichten. 3Sofern wiederholte Verlegungsanträge im selben Verfahren gestellt werden, entscheidet ab dem zweiten Verlegungsantrag der unparteiische Vorsitzende.
- (8) Ein Antrag auf mündliche Anhörung ist schriftlich innerhalb eines Monats nach Ablauf der Widerspruchsfrist bzw. nach Kenntnis eines eingelegten Widerspruches zu stellen.

§ 8

Bescheiderteilung

- (1) Die Prüfungsgremien erlassen einen schriftlichen Bescheid, der zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung gemäß § 36 SGB X zu versehen ist.
- (2) ¹Der Bescheid soll spätestens drei Monate nach Beschlussfassung ausgefertigt und versandt werden. ²Der Bescheid wird dem betroffenen Vertragsarzt und den weiteren Verfahrensbeteiligten übersandt.
- (3) Sobald Kürzungs- und Regressentscheidungen der Prüfungsgremien zu vollziehen sind, leitet die Geschäftsstelle Buchungsanzeigen zur Belastung des Vertragsarztkontos an die jeweils zuständige Stelle in der KVB weiter.

III. Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung

§ 9

Prüfungsarten und -verfahren

- (1) Die Prüfungsgremien prüfen arztbezogen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Prüfung:
 1. ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) und ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise)
 - 1.1 auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung) unter Berücksichtigung der individuellen Praxisstruktur sowie der Indikation, Effektivität, Angemessenheit und Qualität der Leistungen.
 - 1.2 nach Durchschnittswerten und/oder
 - 1.3 in Einzelfällen
 2. bei Überschreitung vereinbarter Richtgrößen (Auffälligkeitsprüfung)
 3. bei Überschreitung der Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit nach § 84 Abs. 7a SGB V i.V.m. der jeweils gültigen Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.
 4. des Sprechstundenbedarfs
 5. in sonstigen Einzelfällen

- (2) ¹Im Prüfungsverfahren nach Abs. 1 Nrn. 1.1, 1.2 und 4 ist die gesamte Tätigkeit des Vertragsarztes zu berücksichtigen. ²Hierbei sind die zum Zeitpunkt des Prüfungsverfahrens vorliegenden Daten über veranlasste Leistungen – ggf. aus Vorquartalen – beizuziehen. ³Sie umfassen bei Prüfverfahren nach Abs. 1 Nr. 1.1 auch Angaben über die Häufigkeit der Überweisungen und Krankenhauseinweisungen, über die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit und ggf. über Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b i. V. m. Abs. 1a und Abs. 1b SGB V sowie Angaben über die Häufigkeit und den Umfang sonstiger veranlasster Leistungen, insbesondere aufwändiger medizinisch-technischer Leistungen.
- (3) ¹Ergibt sich im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung die Notwendigkeit einer über § 1 Abs. 5 hinausgehenden rechnerischen oder einer gebührenordnungsmäßigen Richtigstellung bzw. die Notwendigkeit einer Plausibilitätsprüfung, so teilt die Prüfungseinrichtung dies der KVB zur Entscheidung mit. ²Die betroffene(n) Krankenkasse(n) oder die betroffenen Landesverbände bzw. Verbände der Ersatzkassen sind hiervon zu unterrichten. ³Das Verfahren im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist gegebenenfalls bis zum Abschluss der Prüfung durch die KVB zu vertagen. ⁴Über die Vertagung hat der Ausschuss nach Ablauf von sechs Monaten erneut zu entscheiden.
- (4) ¹Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 1 Nrn. 1.2 und 4 findet fachgruppenspezifisch auf der Grundlage bayerischer Vergleichswerte statt. ²Stichprobenprüfungen nach Absatz 1 Nr. 1.1 finden qualifiziert und sachgerecht durch Bildung entsprechender Stichprobengruppen statt. ³Flexible Anpassungen dieser Gruppen sind vorzusehen.
- (5) ¹Honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen. ²Bei der Kürzungsberechnung werden die betroffenen Leistungen mit dem Wert berücksichtigt, mit dem sie nach Anwendung bestehender Honorarbegrenzungsregelungen vergütet wurden.

§ 10

Prüfmethoden

¹Für Prüfungen nach § 9 Absatz 1 Nrn. 1.1, 1.2, 2 und 4 bedienen sich die Prüfungsgremien statistischer bzw. repräsentativer Prüfmethoden, die geeignet sind, unwirtschaftliche ärztliche Leistungen bzw. ärztlich verordnete Leistungen zu verifizieren und zu bewerten. ²Insbesondere können einzeln oder in Kombination zur Anwendung kommen:

1. arithmetischer Fallwertvergleich
2. Vertikalvergleich
3. beispielhafte Einzelfallprüfung
4. repräsentative Einzelfallprüfung
5. Soll-Ist-Vergleich

§ 11

Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung)

- (1) 1Die Auswahl der nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V in die Stichprobenprüfung einzubeziehenden Vertragsärzte (mindestens 2 vom Hundert je Quartal) erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Zufallsgenerator). 2Die Vertragspartner gehen davon aus, dass 2 vom Hundert der Vertragsärzte ausreichend sind. 3Diese 2 vom Hundert werden aus der Gesamtzahl aller bayerischen Vertragsärzte ermittelt, wobei die sich daraus ergebende Zahl an Stichproben nur aus den nicht ausgeschlossenen Fachgruppen gezogen wird. 4Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren hierzu gemeinsam und einheitlich Richtlinien zur Durchführung der Stichprobenprüfungen (§ 106 Absatz 2 b SGB V). 5Die Prüfung erfolgt nach Maßgabe dieser Richtlinien und umfasst sowohl die ärztlichen Leistungen als auch die ärztlich verordneten Leistungen. 6Die Auswahl erfolgt nach Arztgruppen differenziert, soweit der Prüfungsausschuss nicht nach objektiven Kriterien (z. B. Fachgruppe, Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung etc.) die Auswahl auf speziellere Gruppen beschränkt. 7Im Vorfeld von Stichprobenprüfungen sondieren die Krankenkassen, Landesverbände, Verbände der Ersatzkassen und die KVB gemeinsam mit dem Ziel, Empfehlungen an den Prüfungsausschuss abzugeben. 8Die Vertragsparteien vereinbaren, bei folgenden Fachgruppen auf die Stichprobenziehung zu verzichten:

Fachgruppe	Gebietsbezeichnung
260	Laborärzte sowie Mikrobiologen und Infektionsepidemiologen
350	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
470	Pathologen und Neuropathologen
500	Ärzte die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind
530/2	Radiologen, Ärzte für radiolog. Diagnostik
530/3	Radiologen, Ärzte für radiolog. Strahlentherapie
690/1	Psychologische Psychotherapeuten - Verhaltenstherapie
690/2	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten - Verhaltenstherapie
700	Psychologische Psychotherapeuten
710	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
780	Notfalldienstärzte

9Eine Stichprobenprüfung wird ebenfalls nicht durchgeführt bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, deren Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden.

- (2) 1Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern der Geschäftsstelle sowie den Verbänden der Krankenkassen eine Liste der Vertragsärzte, die in die Prüfung einbezogen werden. 2Für die Stichprobenprüfung erstellen die Krankenkassen, Landesverbände, Verbände der Ersatzkassen und Kassenärztliche Vereinigung für die in die Prüfung einbezogenen Vertragsärzte je Behandlungsfall einen Datensatz gemäß Abschnitt 5 §9 bzw. §10 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern. 3Die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln der Geschäftsstelle auf maschinell verwertbaren Daten-trägern die Datensätze nach Absatz 1 spätestens sechs Monate nach Ablauf des Prüfzeitraumes.

- (3) ¹Die nach Absatz 1 ermittelten Vertragsärzte, bei denen aufgrund summarischer Prüfung des Auswahlquartals eine unwirtschaftliche Behandlungs- bzw. Verordnungsweise zu vermuten ist, werden einer eingehenden Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen. ²In diesen Fällen erstreckt sich die Prüfung zusätzlich mindestens auf die drei Quartale, die dem Auswahlquartal unmittelbar vorausgehen. ³Bei den Vertragsärzten, die nach summarischer Prüfung keine Unwirtschaftlichkeit vermuten lassen, wird dem Prüfungsausschuss von den Teilnehmern am Sondierungsgespräch nach Abs. 1 empfohlen, von einer weitergehenden Prüfung abzusehen.
- (4) In der Regel findet eine erneute Stichprobenprüfung nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Einleitung dieser Prüfung statt.
- (5) ¹Für die Prüfung nach § 275 Abs. 1b SGB V werden die Vertragsärzte, bei denen eine Stichprobenprüfung durchgeführt wird, über die Krankenkassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung benannt. ²Stellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Prüfung nach § 275 Abs. 1b SGB V Auffälligkeiten bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit fest, so teilt er dies der jeweiligen Krankenkasse mit, die ggf. einen Prüfantrag stellen kann.
- (6) ¹Die Stichprobenprüfung umfasst grundsätzlich alle Bereiche der vertragsärztlichen Tätigkeit. ²Die Prüfung findet Anwendung auf die abgerechneten Leistungen (einschließlich Sachkosten), Überweisungen und Verordnungen von Krankenhausbehandlung, Arznei- und Heilmitteln sowie aufwändigen medizinisch-technischen Leistungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. ³Prüfgegenstände sind insbesondere:
- Prüfung der in Gebührenordnungsnummern des EBM abgebildeten ärztlichen Leistungen
 - Prüfung von veranlassten Leistungen, insbesondere von aufwändigen Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten
 - Prüfung von Leistungen des Überweisungsempfängers
 - Prüfung ärztlicher Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln
 - Prüfung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und Krankenhauseinweisungen
- ⁴Der Prüfungsausschuss legt innerhalb des Prüfungsgegenstandes mit dem Ziel effektiver Prüfung Prüfkriterien für die in der Stichprobe ausgewählten Vertragsärzte fest.
- ⁵Beurteilt werden sollen insbesondere:
- Medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation)
 - Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität)
 - Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben
 - Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel

6Die Krankenkassen, Landesverbände, Verbände der Ersatzkassen und die Kassenärztliche Vereinigung können im Benehmen mit dem Prüfungsausschuss oder seiner Geschäftsstelle im Rahmen der Prüfungsvorbereitung auf der Grundlage der übermittelten Daten Anregungen zu Prüfungszielen oder Prüfungsempfehlungen abgeben.

7Als Prüfmethode kommen in Betracht:

- Einzelfallprüfung und repräsentative Einzelfallprüfung nach Maßgabe vorher festgelegter Prüfungsgegenstände
- Statistische Durchschnittsprüfung bei Vorliegen von arztgruppenbezogenen Datenauswertungen und einer ausreichend großen Anzahl an Vertragsärzten
- Vertikalvergleich, soweit der Prüfungsgegenstand es zulässt

(7) 1Die Ergebnisse der Stichprobenprüfung können Veranlassung geben, eine Prüfung nach § 106a SGB V (Plausibilitätsprüfung) durchzuführen. 2Der Prüfungsausschuss übermittelt entsprechende Erkenntnisse an die Kassenärztliche Vereinigung oder die zuständigen Krankenkassen, Landesverbände bzw. Verbände der Ersatzkassen.

(8) 1Ist ein Vertragsarzt innerhalb des Zeitraums der Stichprobenprüfung in ein Prüfverfahren wegen Richtgrößenüberschreitung oder wegen Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten einbezogen, wird die Stichprobenprüfung hinsichtlich dieser Prüfungsgegenstände und für den geprüften Zeitraum ausgeschlossen. 2Entsprechendes gilt für Honorarkürzungen. 3Im Übrigen sind Sachverhalte, die bereits Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach einer anderen Prüfungsmethode oder einer Abrechnungs- oder Qualitätsprüfung gewesen sind, nicht erneut zu prüfen.

1. Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

§ 12

Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten

(1) 1Die Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach gewichteten Durchschnittswerten erfolgt quartalsweise auf der Grundlage der nach den gesetzlichen Vorschriften zur Verfügung gestellten Daten. 2Dabei werden die Abrechnungsergebnisse für alle gesetzlichen Krankenkassen je Vertragsarzt zusammengefasst. 3Auf dieser Grundlage werden die Werte je Vergleichsgruppe ermittelt. 4Die Vertragspartner legen die Vergleichsgruppen einvernehmlich fest. 5Ebenso werden auf dieser Grundlage die Durchschnittswerte des einzelnen Arztes aus Vorquartalen ermittelt. 6Einzelheiten hierzu sind in den Anlagen 2 bis 5 geregelt.

(2) Die Prüfung findet auf Antrag oder als Folge einer Stichprobenauswahl von Amts wegen statt.

- (3) 1Ein Antrag auf Prüfung ist innerhalb von fünf Monaten nach Ende des Leistungsquartals zu stellen. 2Sollten die für die Prüfung erforderlichen Daten nicht spätestens einen Monat vor Ablauf der Antragsfrist vorliegen, verlängert sich die Antragsfrist um den Zeitraum der Verzögerung.
- (4) 1Die Prüfungsgremien prüfen vorrangig, ob eine Beratung des Vertragsarztes ausreichend ist, um in Zukunft eine wirtschaftliche Behandlungsweise zu sichern. 2Eine solche Beratung ist als Bestandteil des Prüfbescheides von der Prüfungseinrichtung schriftlich zu erteilen und gezielt zu begründen.
- (5) Steht die Vergütungsanforderung eines Vertragsarztes je Behandlungsfall in einer oder mehreren Leistungsgruppen im offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe oder zu den Durchschnittswerten des Vertragsarztes in den Vorquartalen (in der Regel die letzten vier Quartale), so kann die Prüfungseinrichtung nach einer Schätzung kürzen, ohne eine Prüfung nach einzelnen Behandlungsfällen vorzunehmen.
- (6) Überschreitet die Vergütungsanforderung eines Vertragsarztes je Behandlungsfall in einzelnen Leistungsgruppen die Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe im Bereich zwischen der allgemeinen statistischen Streubreite und dem offensichtlichen Missverhältnis (Übergangszone), so kann die Prüfungseinrichtung die Vergütungsanforderung auch nach einer Schätzung kürzen, wenn die Behandlungsweise des Vertragsarztes anhand einer repräsentativen Anzahl von Behandlungsfällen überprüft und daraus eine Unwirtschaftlichkeit mit Beispielen nachgewiesen wird.
- (7) 1Vergütungskürzungen bei einzelnen Leistungen des Bewertungsmaßstabes-Ärzte sind möglich. 2Die Absätze 5 und 6 sind dabei entsprechend anzuwenden.
- (8) 1Auch wenn die in den Absätzen 5 und 6 genannten Voraussetzungen nicht vorliegen, können die Prüfungsgremien eine Kürzung vornehmen, sofern die Überprüfung eine Unwirtschaftlichkeit in einzelnen Behandlungsfällen ergibt. 2Dabei wird der festgestellte Mehraufwand gekürzt.
- (9) Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit können pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden.

§ 13

Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise in Einzelfällen

- (1) Auf Antrag der KVB, einer Krankenkasse, eines Landesverbandes oder eines Verbandes der Ersatzkassen oder von Amts wegen als Folge einer Stichprobenauswahl prüft der Prüfungsausschuss, ob der Vertragsarzt im Einzelfall durch eigene Leistungen oder Auftragsleistungen (Überweisungen) gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
- (2) Der Antrag muss innerhalb von zehn Monaten nach Ablauf des Behandlungsquartals beim Prüfungsausschuss vorliegen.

- (3) ¹Der Antrag ist zu begründen. ²Der Begründung sind alle zur Beurteilung erforderlichen Daten beizufügen.
- (4) Soweit der Prüfungsausschuss eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat, setzt er die Vergütungskürzung und/oder den vom Vertragsarzt zu erstattenden Betrag fest, es sei denn, dass eine gezielte Beratung ausreichend ist.

2. Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise

§ 14

Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößen (Auffälligkeitsprüfung)

- (1) ¹Die Krankenkassen liefern möglichst frühzeitig, spätestens bis zum 31. Oktober des auf den Prüfzeitraum folgenden Kalenderjahres an die Geschäftsstelle der Prüfungsgremien für alle Vertragsärzte die Bruttobeträge für verordnete Arznei- und Verbandmittel bzw. des Sprechstundenbedarfs sowie gesondert für Heilmittel inklusive der jeweilig von den Versicherten geleisteten Zuzahlungsbeträge sowie der Rabatte entsprechend der Richtgrößenvereinbarung. ²Die KVB liefert im selben Zeitraum die dazugehörigen Fallzahlen. ³Die Geschäftsstelle der Prüfungsgremien ermittelt das tatsächliche Verordnungsvolumen (brutto) des jeweiligen Vertragsarztes und stellt dieses dem jeweiligen Richtgrößenvolumen gegenüber. ⁴Das Verordnungsvolumen (brutto) beinhaltet die Kosten sämtlicher vom Vertragsarzt verordneten Arznei- und Verbandmittel sowie den verordneten Sprechstundenbedarf sowie gesondert die verordneten Heilmittel jeweils ohne Berücksichtigung der Zuzahlungen und der jeweils gültigen Rabatte (z.B. Apotheken-, Herstellerrabatt). ⁵Die Geschäftsstelle der Prüfungsgremien ermittelt aus den nach Satz 2 gelieferten Fallzahlen und den vereinbarten Richtgrößen das Richtgrößenvolumen je Arzt für den jeweiligen Zeitraum. ⁶Die Praxen, deren Verordnungsvolumen das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert überschreitet, werden in einer Auswahlliste festgehalten.
- (2) ¹Überschreitet ein Vertragsarzt mit seinem Verordnungsvolumen (brutto) eines Kalenderjahres sein für dieses Kalenderjahr festgesetztes Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert, prüfen die KVB und die Krankenkassen, Landesverbände bzw. Verbände der Ersatzkassen im Rahmen eines Sondierungsgesprächs, ob Anhaltspunkte für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten gegeben sind, welche die Überschreitung begründen. ²Gelangen sie gemeinschaftlich zu der Auffassung, dass dies der Fall ist, empfehlen sie dem Prüfungsausschuss, von einer weiteren Prüfung abzusehen. ³In allen anderen Fällen wird die Richtgrößenprüfung durchgeführt.
- (3) ¹Der Prüfungsausschuss legt nach Bewertung der Empfehlungen die Praxen fest, die einer eingehenden Prüfung zu unterziehen sind. ²Für diese prüft er anhand der ihm vorliegenden Unterlagen, ob die Überschreitung des Richtgrößenvolumens ganz oder teilweise durch Praxisbesonderheiten begründet ist. ³Hierzu ermittelt er, bei welchen Verordnungen ein Mehrbedarf gegenüber der Vergleichsgruppe besteht und ob innerhalb dieses Mehrbedarfs wirtschaftlich verordnet wurde.

4Ist die Überschreitung nicht in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet, werden Beratungen mit dem Ziel einer künftig wirtschaftlichen Verordnungsweise durchgeführt, wenn der Prüfungsausschuss dies für erforderlich hält. 5Zur Durchführung der Beratungen kann die Geschäftsstelle in Abstimmung mit dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses geeignete Sachverständige hinzuziehen. 6Beträgt die Überschreitung des Richtgrößenvolumens nach Abzug der Praxisbesonderheiten mehr als 25 vom Hundert, hat der Prüfungsausschuss einen Regress festzusetzen. 7Der Prozentsatz, auf den im Falle eines Regresses zurückgeführt wird, ergibt sich aus der jeweils für den Prüfzeitraum gültigen Fassung des § 106 SGB V. 8Auf Anforderung durch die Geschäftsstelle haben die Krankenkassen je Kassenart die für die Prüfung erforderlichen Datensätze bzw. Images zeitnah zur Verfügung zu stellen; dabei soll sich die Anforderung in der Regel auf die Krankenkassen je Kassenart beschränken, bei denen der Vertragsarzt die meisten Versicherten behandelt hat.

- (4) 1Ein festgesetzter Regress wird im Verhältnis der Verordnungskosten (netto) der jeweiligen Kassenarten zum Verordnungsvolumen des Vertragsarztes verteilt. 2Liegen trotz Aufforderung der Geschäftsstelle die Unterlagen nach Abs. 3 Satz 8 einzelner Krankenkassen nicht vor, sind Regressmaßnahmen für diese Krankenkassen nicht zu vollziehen; Krankenkassen, die nicht zur Datenerlieferung aufgefordert wurden, werden am Regress beteiligt, ohne dass die entsprechenden Daten vorliegen.
- (5) 1Eine bereits durchgeführte Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise bzw. des Sprechstundenbedarfs nach Durchschnittswerten schließt eine Richtgrößenprüfung nicht aus. 2Als durchgeführt gilt eine Durchschnittsprüfung, wenn ein entsprechender Bescheid des Prüfungsausschusses zugestellt wurde. 3Führen beide Prüfungsverfahren zu Erstattungsansprüchen der Krankenkassen, verringert sich der Regressbetrag im Rahmen der Prüfung nach Richtgrößen um den im Rahmen der Prüfung nach Durchschnittswerten festgesetzten Betrag (Artikel 3 § 2 ABAG). 4Auf den Regressbetrag im Rahmen der Richtgrößenprüfung sind darüber hinaus sämtliche weitere im jeweiligen Kalenderjahr festgesetzten Regresse im Bereich Verordnungsweise anzurechnen.
- (6) Eine Richtgrößenprüfung soll bei denjenigen Vertragsärzten nicht durchgeführt werden, deren Überschreitungswert einem Betrag von weniger als 500,- € entspricht.

§ 15

Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten

- (1) 1Prüfungsgegenstand ist die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise bei der Einzelverordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf. 2Die Prüfung findet auf Antrag oder von Amts wegen als Folge einer Stichprobenauswahl statt.
- (2) 1Die Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach gewichteten, im Fall des Sprechstundenbedarfs ungewichteten Durchschnittswerten erfolgt auf der Grundlage der nach den gesetzlichen Vorschriften zur Verfügung gestellten Daten.

2Dabei werden die Verordnungsergebnisse je Vertragsarzt für alle dieser Vereinbarung unterliegenden Krankenkassen zusammengefasst. 3Auf dieser Grundlage werden die Werte je Vergleichsgruppe ermittelt. 4Maßgeblich für den statistischen Vergleich sind die Durchschnittswerte auf Bruttobasis. 5Die Vergleichsgruppen werden von den Vertragspartnern einvernehmlich festgelegt. 6Einzelheiten hierzu sind in den Anlagen geregelt.

- (3) 1Ein Antrag auf Prüfung der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten muss innerhalb von zehn Monaten nach Ende des Ordnungsquartals bei der Geschäftsstelle vorliegen. 2Der Antrag ist zu begründen.
- (4) 1Die Prüfung der Ordnungsweise von Heilmitteln ist in Form einer repräsentativen Einzelfallprüfung durchzuführen. 2Für jede zu prüfende Praxis sind von jeder Kassenart alle Ordnungen oder Datensätze mit entsprechendem Inhalt für mindestens 20 % der Patienten - jedoch höchstens 100 Patienten - die mit Heilmitteln versorgt wurden, nach Versichertennummern je Krankenkasse sortiert vorzulegen. 3Stellt sich in einem laufenden Verfahren heraus, dass die Anzahl der von einer Kassenart gelieferten Ordnungen oder Datensätze mit entsprechendem Inhalt nicht mindestens 20 % der Patienten, die mit Heilmitteln versorgt wurden, entspricht, so können weitere Ordnungen bzw. Datensätze durch diese Kassenart nachgereicht werden. 4In diesem Fall verständigt die Geschäftsstelle der Prüfungsgremien die betroffene Kassenart über die weiter benötigten Unterlagen. 5Stellt der Prüfungsausschuss fest, dass der Vertragsarzt in diesen Einzelfällen Art und Umfang der Anwendungen bezogen auf die Indikation nach dem Heilmittelkatalog (Regelfall) nicht überschreitet, ist in der Regel von einer wirtschaftlichen Ordnungsweise auszugehen. 6Andernfalls legt der Prüfungsausschuss den Anteil unwirtschaftlicher Ordnungen fest. 7Wird vom Prüfungsausschuss ein Regress festgesetzt, hat der Vertragsarzt den Krankenkassen den Anteil unwirtschaftlicher Ordnungen zu erstatten.
- (5) 1Wird eine Prüfung von Amts wegen durchgeführt, so sind dem Prüfungsausschuss für den betroffenen Vertragsarzt nach Anforderung durch die Geschäftsstelle von den Krankenkassen und der KVB die für die Prüfung erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. 2Die erforderlichen Daten müssen rechtzeitig vor der Sitzung dem Prüfungsausschuss vorliegen, um eine Beschlussempfehlung durch die Geschäftsstelle zu ermöglichen.
- (6) 1Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnung von Arznei- und Verbandmitteln sowie von Sprechstundenbedarf sind die erforderlichen Rezepte, Images bzw. Datensätze mit entsprechendem Inhalt vorzulegen. 2Dabei sind für eine repräsentative Zahl von Behandlungsfällen (10 % der Behandlungsfälle, mindestens jedoch 50, bei weniger als 50 Fällen für alle) die Unterlagen nach Versichertennummern zu sortieren.

- (7) Soweit erforderliche Daten und/oder Verordnungen einzelner Krankenkassen (bei Heilmittelprüfung: Kassenarten) dem Prüfungsausschuss nicht, nicht rechtzeitig oder nicht im vereinbarten Umfang vorliegen, sind Regresse für diese nicht zu vollziehen.
- (8) ¹Die Prüfungsgremien prüfen vorrangig, ob eine Beratung des Vertragsarztes ausreichend ist, um in Zukunft eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu sichern. ²Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten 24 Monate vor dem zu prüfenden Quartal eine Beratung stattgefunden hat. ³Eine solche Beratung ist als Bestandteil des Prüfbescheides von der Prüfungseinrichtung schriftlich zu erteilen und zu begründen.

§ 15 a

Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit

- (1) Grundlage für die Prüfung bildet § 84 Abs. 7 a SGB V in Verbindung mit den Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V – Arzneimittel und Vereinbarung nach § 84 Abs. 7 a SGB V (Durchschnittskosten) sowie die Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Der Prüfungsausschuss stellt nach Ablauf eines Quartals gesondert für jede der von § 84 Abs. 7 a Satz 1 SGB V erfassten Arzneimittelgruppen fest, ob eine Überschreitung der Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit vorliegt. Näheres ist in Anlage 8 geregelt.
- (3) Überschreiten die Ausgaben für die vom Arzt verordneten Arzneimittel die vereinbarten Kosten nach § 84 Abs. 7 a S. 1 SGB V, setzt der Prüfungsausschuss gesondert für jede Arzneimittelgruppe bei einer Überschreitung von mehr als 10 bis 20 vom Hundert 20 vom Hundert des ausgleichspflichtigen Überschreibungsbetrages als Ausgleichsbetrag fest. Beträgt die Überschreitung mehr als 20 bis 30 vom Hundert, hat der Prüfungsausschuss 30 vom Hundert des ausgleichspflichtigen Überschreibungsbetrages und bei einer darüber hinausgehenden Überschreitung die Hälfte des ausgleichspflichtigen Überschreibungsbetrages als Ausgleichsbetrag festzusetzen. Näheres ist in Anlage 8 geregelt.

§ 16

Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise in Einzelfällen

- (1) Auf Antrag der KVB, einer Krankenkasse, eines Landesverbandes oder eines Verbandes der Ersatzkassen oder von Amts wegen als Folge einer Stichprobenauswahl prüft der Prüfungsausschuss, ob der Vertragsarzt im Einzelfall mit seiner Verordnungsweise gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.

- (2) Der Antrag muss innerhalb von zehn Monaten nach Ablauf des Verordnungsquartals bei der Geschäftsstelle vorliegen und kann sich auf bis zu vier unmittelbar zurückliegende Quartale erstrecken.
- (3) Der Antrag ist zu begründen; ihm sind alle zur Beurteilung erforderlichen Daten beizufügen.
- (4) ¹Im Falle festgestellter Unwirtschaftlichkeit hat der Prüfungsausschuss vorrangig zu prüfen, ob eine Beratung ausreichend ist. ²Dies gilt nicht, wenn innerhalb der vorangegangenen 24 Monate eine Beratung stattgefunden hat. ³Eine solche Beratung ist als Bestandteil des Prüfbescheides von der Prüfungseinrichtung schriftlich zu erteilen und zu begründen. ⁴Im Übrigen hat der Prüfungsausschuss den vom Vertragsarzt zu erstattenden Regressbetrag festzusetzen.

§ 17

Prüfung in sonstigen Einzelfällen

- (1) Auf begründeten Antrag der KVB, einer Krankenkasse, eines Landesverbandes oder eines Verbandes der Ersatzkassen (z. B. aufgrund einer Begutachtung nach § 275 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b i. V. m. Abs. 1a SGB V) oder von Amts wegen als Folge einer Stichprobenauswahl prüft der Prüfungsausschuss, ob der Vertragsarzt im Einzelfall
 - a) bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung
 - b) bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit
 - c) bei der Veranlassung von Auftragsleistungen, insbesondere aufwändiger medizinisch-technischer Leistungen,gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
- (2) ¹Stellt der Prüfungsausschuss im Rahmen der Prüfung nach Absatz 1 bzw. nach § 106 Abs. 2 SGB V fest, dass der Vertragsarzt bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat, so teilt er dies der jeweiligen Krankenkasse mit, die ggf. weitere Maßnahmen veranlasst. ²Hiermit ist die Tätigkeit des Prüfungsausschusses beendet.
- (3) ¹Anträge nach Absatz 1 sind nur innerhalb einer Frist von zehn Monaten nach Ende des Quartals, in dem der Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vermutet wird, zulässig. ²Dem Antrag sind alle zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen beizufügen.

3. Verfahren in besonderen Fällen

§ 18

Verfahren bei Anträgen der Krankenkassen wegen nicht verordnungsfähiger Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und unzulässig verordnetem Sprechstundenbedarf

- (1) ¹Macht eine Krankenkasse bzw. ein Landesverband oder ein Verband der Ersatzkassen bei der Geschäftsstelle innerhalb von zehn Monaten nach Abschluss des Verordnungsquartals Regressansprüche gegen einen Vertragsarzt wegen der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln, die von der Verordnung ausgeschlossen sind, oder wegen unzulässig bezogenem Sprechstundenbedarf geltend, leitet die Geschäftsstelle das Regressbegehren nach Prüfung an den Vertragsarzt weiter. ²Erklärt der Vertragsarzt sein Einverständnis hierzu, veranlasst die Geschäftsstelle den Einbehalt des Regressbetrages durch die KVB, die diesen dann an die Krankenkasse abführt. ³Ansonsten entscheidet der Prüfungsausschuss. ⁴Für die Antragstellung nach Satz 1 ist der hierfür vereinbarte Vordrucksatz zu verwenden.
- (2) Ein Regressbegehren wegen unzulässig verordnetem Sprechstundenbedarf kann sich rückwirkend auf bis zu vier unmittelbar auf einander folgende Quartale erstrecken.
- (3) ¹Schadensersatzansprüche können nicht gestellt werden, wenn der Schadensbetrag pro Vertragsarzt, Krankenkasse und Quartal die gesamtvertraglich festgelegten Mindestbeträge nicht überschreitet. ²Dies gilt nicht, wenn der Antragsteller nachweist, dass der Vertragsarzt auch unter dieser Bagatellgrenze liegende Verordnungen fortgesetzt, d.h. innerhalb der letzten vier Quartale, rezeptiert hat und eine Änderung des Ordnungsverhaltens des Vertragsarztes auf anderem Wege nicht erreichbar scheint.

IV. Inkrafttreten, Kündigung

§ 19

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.07.2007 in Kraft. Ihre Regelungen gelten für die Prüfung der Abrechnungs- und Ordnungsquartale ab dem 1. Quartal 2007.

§ 20

Kündigung

Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2007, gekündigt werden.

zu § 14 Abs. 1 Satz 1:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass eine möglichst frühzeitige und qualitativ hochwertige Datenlieferung anzustreben ist.

zu § 15:

Die Vertragspartner werden unverzüglich Regelungen zu den Inhalten der Prüfung verordneter Hilfsmittel in die Prüfungsvereinbarung einarbeiten, sobald die erforderlichen Daten von der Bundesebene der Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

zu § 18 Abs. 1 Satz 4:

Die Vertragspartner sind sich einig, den vereinbarten Vordrucksatz möglichst zeitnah durch die Lieferung vereinbarter Datensätze weitgehend zu ersetzen.

München, den 24.05.2007

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dr. med. Axel Munte
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
Landesvertretung Bayern
Der Leiter der Landesvertretung

BKK Landesverband Bayern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Knappschaft – Verwaltungsstelle
München
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Funktioneller Landesverband der
Landwirtschaftlichen Krankenkassen
und Pflegekassen in Bayern

Vereinigte IKK
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Verband der Angestellten-
Krankenkassen e. V.
Landesvertretung Bayern
Der Leiter der Landesvertretung

ANLAGE 1

zur Prüfungsvereinbarung

Hinzuziehung eines Sachverständigen für die Sitzungen der Prüfungsgremien

(§ 6 Abs. 1 PV)

¹Durch Entscheidung der unparteiischen Vorsitzenden und/oder durch Beschluss der Prüfungsgremien kann für die Sitzungen der Prüfungsgremien ein ärztlicher Sachverständiger hinzugezogen werden.

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

³Der hinzugezogene Sachverständige ist nicht Mitglied der Prüfungsgremien.

⁴Er hat sich vor dem Ausschuss nur zu dem ihm erteilten Auftrag zu äußern.

ANLAGE 2

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

Einteilung der Leistungsgruppen

(§ 12 Abs. 1 PV)

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

LSTGR 01	GRUNDLEISTUNGEN
LSTGR 01/2	HAUSARZTPAUSCHALE
LSTGR 02	BESUCHE/VISITEN
LSTGR 03	BERATUNGS- UND BETREUUNGSGRUNDLEISTUNGEN
LSTGR 04	ALLGEMEINE LEISTUNGEN
LSTGR 05	MUTTERSCHAFTSVORSORGE
LSTGR 06	FRUEHERKENNUNG
LSTGR 07	SONSTIGE HILFEN
LSTGR 08	SONDERLEISTUNGEN
LSTGR 09	PHYS.-MED. LEISTUNGEN
LSTGR 10	GESAMT BASIS-LABOR
LSTGR 10/_	LABORPAUSCHALEN INCL: AUSNAHMEZIFFERN; WIRTSCHAFTLICHKEITSBONUS UNABGESTAFFELT
LSTGR 10/1	BASIS-LABOR MIT AUSNAHMEINDIKATION
LSTGR 10/2	BASIS-LABOR OHNE AUSNAHMEINDIKATION
LSTGR 11	GESAMT SPEZIAL-LABOR
LSTGR 11/1	SPEZIAL-LABOR MIT AUSNAHMEINDIKATION
LSTGR 11/2	SPEZIAL-LABOR MIT AUSNAHMEINDIKATION
LSTGR 12	BILDGEBENDE VERFAHREN u.ä.
LSTGR 13	OPERATIONEN/ANÄSTHESIEN/ÜBERWACHUNGSLEISTUNGEN
LSTGR 14	KOSTEN/PAUSCHALERSTATTUNGEN
LSTGR 15	IMPFUNGEN
LSTGR 16	DMP-LEISTUNGEN
LSTGR 17	PRAXISGEBÜHR

Protokollnotiz:

Die Vertragspartner stimmen darin überein, während der Laufzeit dieser Prüfungsvereinbarung - ohne dass es einer Kündigung bedarf - die Einteilung der Leistungsgruppen anzupassen.

ANLAGE 3

zur Prüfungsvereinbarung

Vergleichsgruppeneinteilung und Bildung der Durchschnittswerte

1. Als Vergleichsgruppen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit werden folgende Gruppen gebildet:

Fachgruppen Gebietsbezeichnung:

010	Anästhesisten
040	Augenärzte
070	Chirurgen
100	Frauenärzte
130	HNO-Ärzte
160	Hautärzte
190/1	Hausärztlich tätige Internisten
190/2	Fachärztlich tätige Internisten
230/1	Hausärztlich tätige Kinderärzte
230/2	Fachärztlich tätige Kinderärzte
260	Laborärzte sowie Mikrobiologen und Infektionsepidemiologen
290	Lungenärzte
350	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
381	Nervenärzte
386	Neurologen
387	Psychiater
389	Kinder- und Jugendpsychiater
410	Neurochirurgen
440	Orthopäden
470	Pathologen
500	Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind
530/2	Radiologen, Ärzte für radiologische Diagnostik
530/3	Radiologen, Ärzte für radiologische Strahlentherapie
560	Urologen
590	Nuklearmediziner
630	Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
690/1	Psychologische Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie

690/2	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie
700	Psychologische Psychotherapeuten
710	Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten
740	Ärztlich geleitete Einrichtungen
760	Dialyse-Einrichtungen
780	Notfalldienstärzte
800/1	Allgemeinärzte und Praktische Ärzte, hausärztlich tätig
800/2	Allgemeinärzte und Praktische Ärzte, fachärztlich tätig

2Außer bei den bereits mit /1 (Hausarzt) bzw. /2 (Facharzt) gekennzeichneten Fachgebieten ist zusätzlich zur Arzt-Gruppennummer eine Kennzeichnung mit /2 vorzunehmen.

3In allen Fachgruppen wird für die ermächtigten Ärzte eine eigene Untergruppe gebildet mit der Bezeichnung Fachgruppennummer /4.

Hinweis:

Bei den Fachgruppen 740 und 760 nur Untergruppe /4.

Bei der Fachgruppe 74 (Ärztlich geleitete Einrichtungen) ist zu beachten, dass gemäß § 113 Abs. 4 SGB V die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118) und sozialpädiatrische Zentren (§ 119) von den Krankenkassen geprüft werden.

2. Nachtragsabrechnungen werden in dieselbe Arztuntergruppe wie die Hauptabrechnung des Behandlungsquartals eingestuft, mit der die Nachtragsfälle eingereicht werden.
3. 1Vertragsärzte, die für mehrere Gebiete zugelassen (ermächtigt) sind, werden derjenigen Vergleichsgruppe zugeordnet, die ihrer überwiegenden Tätigkeit entspricht. 2Dies gilt sinngemäß auch für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen.
4. Die Vergleichswerte für die Prüfung nach Arztgruppen bzw. Arztuntergruppen werden je Quartal aus den Abrechnungswerten aller bayerischen Vertragsärzte errechnet.
5. 1Die Vergleichswerte nach Arztgruppen bzw. Arztuntergruppen werden auf Landesebene je Abrechnungsquartal aus der Summe der Werte der von Vertragsärzten abgerechneten Fälle aller AOKs, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, der See-Krankenkasse, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Bundesknappschaft und der Ersatzkassen gebildet. 2Nachträglich abgerechnete Fälle beeinflussen die Bildung der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe für das Behandlungsquartal und für das Abrechnungsquartal nicht. 3Für Nachtragsfälle des einzelnen Vertragsarztes gelten als Vergleichswerte die Werte des Behandlungsquartals.
6. 1Beim Vergleich der Abrechnungswerte des einzelnen Vertragsarztes mit den Werten der Vergleichsgruppe ist eine gewichtete Abweichung zu errechnen.

2Die gewichtete Abweichung ist die Differenz zwischen der tatsächlichen Abrechnungssumme des einzelnen Vertragsarztes und der Abrechnungssumme, die sich ergibt, wenn die Fallzahlen des einzelnen Vertragsarztes, getrennt nach Versichertengruppen (M/F/R), mit dem durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe je Versichertengruppe multipliziert und diese Ergebnisse addiert werden. 3Die gewichtete Abweichung wird in vom Hundert ausgewiesen. 4Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise ist die „gewichtete Abweichung“ zugrunde zu legen.

7. 1Die Vergleichswerte für die Prüfung nach § 15 nach Arztgruppen bzw. Arztuntergruppen werden je Quartal aus den Verordnungskostenwerten der bayerischen Vertragsärzte für Fälle aller bayerischen AOKs, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, der bayerischen Landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Knappschaft und der Ersatzkassen errechnet. 2Nachträglich abgerechnete Fälle beeinflussen die Bildung der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe für das Behandlungsquartal und für das Abrechnungsquartal nicht.
8. 1Beim Vergleich der Verordnungskostenwerte des einzelnen Vertragsarztes mit den Werten der Vergleichsgruppe ist eine gewichtete Abweichung zu errechnen. 2Die gewichtete Abweichung ist die Differenz zwischen der tatsächlichen Verordnungkostensumme des einzelnen Vertragsarztes und der Verordnungkostensumme, die sich ergibt, wenn die Fallzahlen des einzelnen Vertragsarztes, getrennt nach Versichertengruppen (M/F/R), mit dem durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe je Versichertengruppe multipliziert und diese Ergebnisse addiert werden. 3Die gewichtete Abweichung wird in vom Hundert ausgewiesen. 4Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise ist die „gewichtete Abweichung“ zugrunde zu legen. 5Für den Sprechstundenbedarf wird keine gewichtete Abweichung berechnet.
9. Bei Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren werden die gemeinsamen Abrechnungswerte bzw. Verordnungskostenwerte aller Mitglieder der Gemeinschaftspraxis bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums den Vergleichen zugrunde gelegt.
10. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Arzneiverordnungsweise sind die Durchschnittswerte für die Verordnung von Sprechstundenbedarf und für die übrigen Arzneimittel getrennt zu ermitteln und getrennt zu vergleichen.
11. Für die Prüfung der poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen und der sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen (z.B. ermächtigte Kliniken oder Institute) sind der gemeinsame Prüfungs- bzw. Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern und deren regionale Kammern zuständig.

Protokollnotizen:

1. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass während der Laufzeit dieser Prüfungsvereinbarung - ohne dass es einer Kündigung bedarf - die Vergleichsgruppeneinteilung einvernehmlich geändert werden kann.

2. Die Vertragspartner stimmen darin überein, eine Gewichtung der Abrechnungs- und Verordnungswerte nach Altersklassen vorzunehmen, sobald dies technisch möglich ist.
3. Die Vertragspartner stimmen darin überein, die Verordnungskostenwerte baldmöglichst aus bundesweiten Daten zu errechnen.
4. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass sich die Prüfung der Hochschulambulanzen/Polikliniken/Ermächtigte Kliniken oder Institute auf die Verfahren nach §§ 16 und 18 dieser Vereinbarung beschränkt, da die Vergütung für diese Einrichtungen i.d.R. pauschaliert erfolgt und sich fachgruppenbezogene Verordnungsdurchschnitte nicht ermitteln lassen.

ANLAGE 4

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

Gesamtübersicht

1. Allgemein

Die Gesamtübersicht beinhaltet den Leistungsbedarf einer Praxis, getrennt nach ambulanter und stationärer Behandlungsart und innerhalb dieser getrennt nach den verschiedenen Leistungsgruppen. Dabei wird je Leistungsgruppe ein Vergleich zu den Durchschnittswerten der entsprechenden Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe vorgenommen.

Auf Seite 2 werden die Gesamtfallzahlen je Praxis und bei Gemeinschaftspraxen zusätzlich je Einzelarzt pro Praxis gedruckt. Die Arztfallzahlen werden getrennt nach den 3 Versichertengruppen Mitglieder, Familienversicherte und Rentner einschließlich Familienversicherte sowie die Summen der Versichertengruppen ausgewiesen.

Ferner werden Durchschnittszahlen der Arztgruppe je Praxis und bei Gemeinschaftspraxen je Einzelarzt ausgewiesen. Ebenso werden die Abweichungen der einzelnen Praxis in Prozent gegenüber seiner Vergleichsgruppe ausgewiesen.

Im rechten Block erfolgt der Ausdruck der Fallzahlen der Prävention und der Sonstigen Hilfen, ebenfalls getrennt in die drei Versichertengruppen und insgesamt.

Den Werten der Praxis folgen jeweils die durchschnittlichen Werte der Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe.

In einem eigenen Summenblock werden die Anzahl der Behandlungsausweise für die Praxis, sowie die entsprechenden Durchschnitte der Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe ausgewiesen.

2. Datenstand

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

3. 5-Praxen-Regel

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

4. Reihenfolge der Darstellung der Leistungsgruppen in der Gesamtübersicht

Die Leistungsgruppen sind in folgender Reihenfolge mit folgender Bezeichnung darzustellen:

LG 01 (wird mit „5“ markiert) Grundleistungen

Anmerkungen:

Die Werte der LG 01 beinhalten nicht den Wert der LG 01/2 Hausarztpauschale (GOP 03000).

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

Summe Kurativ (wird mit „5“ „6“ markiert)

LG 07 Sonstige Hilfen

Summe Kurativ + Sonstige Hilfen
(wird mit „5“ „6“ markiert)

incl. Hausarzt- und Laborpauschale
(wird mit „7“ markiert)

LG 10 Basis-/Allg. Laborunters. (wird mit „8“ markiert)

Anmerkung zu den Basis-/Allg. Laboruntersuchungen:

In der Gesamtübersicht werden die aggregierten Werte aus den beiden WP-Untergruppen LSTGR 10/1 und LSTGR 10/2 ausgewiesen.

LG 11	Spez. Laborunters. (wird mit „8“ markiert)
LG 14	Kosten/Pauschalerstattungen
LG 15	Impfungen
LG 05	Mutterschaftsvorsorge
LG 06	Früherkennung

Anmerkung zu den Speziellen Laboruntersuchungen:

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

Im Block „Erläuterungen“ am Ende der Seite 2 sind folgende Erläuterungen aufzunehmen:

- 1) In den Leistungsgruppen 05, 06, 10 (ohne Laborpauschalen), 11, 14 und 15 sind EURO-Beträge, in den übrigen Leistungsgruppen Punktzahlen ausgewiesen.

- 2) Der gewichtete Arztgruppenwert berücksichtigt die unterschiedlichen Versichertengruppenanteile (M/F/R) bei der jeweiligen Praxis im Vergleich zum Durchschnitt der Arztgruppe. Um diesen Wert zu erhalten, werden die jeweiligen Versichertengruppen-Durchschnittswerte der Arztgruppe mit den entsprechenden M/F/R-Fallzahlen der Praxis multipliziert und durch deren Gesamtfallzahl dividiert (= gewichtet)
- 3) Bei der gewichteten Abweichung werden die Fallwerte der Praxis mit dem gewichteten Arztgruppendurchschnittswert verglichen und die Differenz ausgewiesen
- 4) Bei der Ermittlung der prozentualen Abweichung werden die arztbezogenen Fallzahlen der Praxis und der Arztgruppe zu Grunde gelegt.
- 5) Werte ohne Leistungsbedarf für Laborleistungen
- 6) Werte ohne Leistungsbedarf für Laborleistungen
- 7) Wirtschaftlichkeitsbonus unabgestaffelt
- 8) Ohne Laborpauschalen

5. Gesamtübersicht je Vertragsarzt

Der Ausdruck erstreckt sich auf zwei Seiten.

a) Inhalt der Seite 1:

In den Kopfzeilen werden die folgenden Angaben gedruckt:

Bezirksstellename:

Listenbezeichnung: Gesamtübersicht vor HVV

Listenkennung: (Hier: L'ABW002-4)

Tag des Ausdrucks: Seitenzähler und laufender Tag

Bereich: Prüfbereich (nicht bei allen Dienststellen)

Arztgruppe: Nummer der Arztgruppe, ggf. mit Untergruppe

Arzt-Nummer: Abrechnungsnummer des Vertragsarztes (7-stellig)

Name: In der ersten Zeile des Namensfeldes wird bei Einzelärzten der Titel, in der 2. Zeile der Vorname und der Nachname ausgewiesen.
Bei Gemeinschaftspraxen wird in der ersten Zeile der Text 'Gemeinschaftspraxis' gedruckt, in den beiden nächsten Zeilen werden die Namen der Ärzte der Gemeinschaftspraxis ausgewiesen.

Praxis-Ort:	Postleitzahl und Ort des Vertragsarztsitzes
Kassenart:	Regionalkassen und Ersatzkassen (= GKV)
Behandlungsart:	Ambulant oder stationär
Quartal:	Abrechnungsquartal; bei Nachträgen wird das jeweilige Leistungsquartal mit ausgewiesen.
Seite:	Seitenzahl

Im weiteren Ausdruck werden die Leistungsgruppen wie folgt ausgewiesen:

- Spalte 1: Die Leistungsgruppe mit der entsprechenden Kurzbezeichnung ist schon auf dem Formular eingedruckt.
- Spalte 2: Leistungsbedarf der Versichertengruppe 'Mitglieder'
- Spalte 3: Leistungsbedarf der Versichertengruppe 'Familierversicherte'
- Spalte 4: Leistungsbedarf der Versichertengruppe 'Rentner einschließlich Familienversicherte'
- Spalte 5: Leistungsbedarf der drei Versichertengruppen, d. h., die Summe der Spalten 2 bis 4
- Spalte 6: Durchschnittlicher Leistungsbedarf der Praxis bei dieser Leistungsgruppe;
Rechengang: Leistungsbedarf (Spalte 5), geteilt durch Anzahl der Fälle der Leistungsart (siehe Blatt 2 der Gesamtübersicht)
- Spalte 7: Durchschnittlicher Leistungsbedarf der Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe bei der entsprechenden Leistungsart
- Spalte 8: Durchschnittlicher gewichteter Leistungsbedarf der Arztgruppe. Der gewichtete Arztgruppenwert berücksichtigt die unterschiedlichen Versichertengruppenanteile (M/F/R) beim jeweiligen Vertragsarzt im Vergleich zum Durchschnitt der Arztgruppe. Um diesen Wert zu erhalten, werden die jeweiligen Versichertengruppen- Durchschnittswerte der Arztgruppe mit den entsprechenden M-F-R-Fallzahlen des Vertragsarztes multipliziert und durch deren Gesamtfallzahl dividiert (= gewichtet).
- Spalte 9: Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe in Punkten/€.
- Spalte 10: Gewichtete Abweichung des Vertragsarztes zu seiner Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe in Prozent.
Ergibt sich in der Spalte 10 eine Abweichung von mehr als +9.999,9 %, werden in der jeweiligen Spalte anstelle des Prozentwertes Platzhalter ('*****') eingedruckt.
- Spalte 11: Bemerkungen

Die kurativen Leistungsgruppen werden in einer Summenzeile zusammengefasst.

Des Weiteren wird die Summe der Leistungsarten „Kurativ“ und „Sonstige Hilfen“ (in Punkten) in einer Zeile ausgegeben. Bei der Berechnung der Falldurchschnitte werden hier die kurativen Fälle und die reinen Fälle der Sonstigen Hilfen berücksichtigt.

b) Inhalt der Seite 2:

Die Kopfzeilen entsprechen Seite 1.

Im linken Bereich der Statistik erfolgt der Ausdruck der kurativen Fallzahlen getrennt nach den drei Versichertengruppen Mitglieder, Familienversicherte und Rentner, sowie die jeweilige Gesamtsumme.

Die Gesamtfallzahl des Vertragsarztes ist in folgende Fallzahlen aufgliedert:

- Krankenscheinfälle
- Überweisungsfälle:
 - Zielaufträge
 - Laboraufträge
 - Überweisungsfälle zur konsiliarärztlichen Untersuchung
 - Überweisungsfälle zur Mitbehandlung, Weiterbehandlung oder aus sonstigen Gründen
- Vertretungsfälle
- Eigene Notfälle

Die Gesamtfallzahlen werden je Vertragsarzt und bei Gemeinschaftspraxen je Einzelarzt pro Praxis ausgewiesen. Es folgen Durchschnittsfallzahlen der Arztgruppe je Vertragsarzt und bei Gemeinschaftspraxen je Einzelarzt.

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

Unterhalb werden die entsprechenden Versichertengruppenanteile der jeweiligen Arztgruppe/Arztuntergruppe sowie die prozentuale Abweichung des Vertragsarztes gegenüber ihrer Vergleichsgruppe ausgewiesen.

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

Die Fallzahlen sind wie folgt gegliedert:

- Fälle der Mutterschaftsvorsorge
- Fälle der Früherkennung
- Fälle der Sonstigen Hilfen
- Impfungen

Den Werten der Praxis folgen jeweils die durchschnittlichen Werte ihrer Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe.

In einem eigenen Summenblock werden die Anzahl der Behandlungsausweise für den Vertragsarzt sowie die entsprechenden Durchschnitte seiner Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe ausgewiesen.

ANLAGE 5

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

Häufigkeitsstatistik

1. Allgemeines

Die Häufigkeitsstatistik Arzzebene beinhaltet alle abgerechneten GO-Nrn. einer Praxis, getrennt nach den verschiedenen Leistungsgruppen. Dabei wird je GO-Nr. ein Vergleich zu den Durchschnittswerten der entsprechenden Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe vorgenommen, soweit die Praxis die jeweilige GO-Nr. angesetzt hat.

Die Vergleichswerte für die Prüfung werden nach Arztgruppen bzw. Arztuntergruppen je Quartal aus den Abrechnungswerten aller bayerischen Vertragsärzte errechnet.

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

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

2. 5-Praxen-Regel

Bei Vergleichsgruppen mit weniger als 5 Praxen sind die Vergleichswerte in den Statistiken aus Datenschutzgründen auszublenden.

3. Kopfzeilen

In den Kopfzeilen werden die folgenden Angaben gedruckt:

Bezirksstellenname:

Listenbezeichnung: Häufigkeitsstatistik vor HVV

Listenkennung: (Hier: L'ABW002-1)

Tag des Ausdrucks: Seitenzähler und laufender Tag

Bereich: Prüfbereich (nicht bei allen Dienststellen)

Arztgruppe: Nummer der Arztgruppe, ggf. mit Untergruppe

Arzt-Nummer: Abrechnungsnummer des Vertragsarztes (7-stellig)

Name:	In der ersten Zeile des Namensfeldes wird bei Einzelärzten der Titel, in der 2. Zeile der Vorname und der Nachname ausgewiesen. Bei Gemeinschaftspraxen wird in der ersten Zeile der Text 'Gemeinschaftspraxis' gedruckt, in den beiden nächsten Zeilen werden die Namen der Ärzte der Gemeinschaftspraxis ausgewiesen.
Praxis-Ort:	Postleitzahl und Ort des Vertragsarztsitzes
Fallzahlen:	Hier werden die Fallzahlen der verschiedenen Leistungsarten ausgewiesen. Die Ermittlung für die jeweilige Fallzahl ist abhängig von der in den GO-Stammdaten gespeicherten Leistungsgruppe der zur Abrechnung gelangten Leistung (GO-Nr.) und erfolgt nach folgendem Schema:
Kurativ:	LG 01 – 04, 08 – 12, 13
Mutterschaftsvorsorge:	LG 05
Früherkennung:	LG 06
Sonstige Hilfen:	LG 07
Impfungen:	LG 15
Kassenart:	Regionalkassen und Ersatzkassen (= GKV)
Behandlungsart:	Ambulant oder stationär
Seite:	Erfolgt innerhalb des Vertragsarztes und der Kasse ein Behandlungsartwechsel, wird mit der Blatzzählung von vorn begonnen.
Quartal:	Abrechnungsquartal; bei Nachträgen wird das jeweilige Leistungsquartal mit ausgewiesen.

4. Spalteneinteilung:

Im weiteren Ausdruck werden die GO-Nummern wie folgt ausgewiesen:

Spalte 1	GOP	jeweilige GO-Nummer
Spalte 2	Häufigkeit	Häufigkeit des Ansatzes der GOP
Spalte 3	Wert GOP Punkte/€	Bewertung der GOP nach EBM
Spalte 4	Gesamtbetrag GOP in Punkten/€	Spalte 2 multipliziert mit Spalte 3
Spalte 5	Pkt./€ je Fall Arzt	Fallwert Arzt, Spalte 4 geteilt durch GFZ
Spalte 6	PK/€ je Fall AG	Fallwert AG

Spalte 7	Ansatz in Fällen	Anzahl der Fälle, bei der die GO-Nr. angesetzt wurde (=betroffene Fälle)
Spalte 8	Leistungen je Fall Arzt	Häufigkeit der abgerechneten GO-Nr. je Fall Spalte 2 geteilt durch Spalte 7
Spalte 9	Ansatz in % FZ Arzt	Anteil der betroffenen Fälle im Verhältnis zur GFZ; Prozentualer Anteil Spalte 7 an GFZ
Spalte 10	Ansatz in % FZ AG	Fachgruppenwert
Spalte 11	Häufigkeit/100 Fälle Arzt	Häufigkeit der GO-Nr. auf 100 Fälle Spalte 2 geteilt durch GFZ mal 100
Spalte 12	Abweichung der Praxis in %	Prozentuale Abweichung Fallwert Arzt von Fallwert Arztgruppe $((\text{Spalte 5} / \text{Spalte 6}) \times 100) - 100$
Spalte 13	Ansatz bei Praxen in %	Prozentsatz der Praxen der jeweiligen AG/AUG, die die jeweilige GO-Nr. abgerechnet haben.

5. Reihenfolge der Darstellung der Leistungsgruppen in der Häufigkeitsstatistik:

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

Anmerkungen zur Leistungsgruppe 10 Basis/Allg. Laboruntersuchungen:

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

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

In der Leistungsgruppe 10/_ (Basis-Labor incl. Ausnahmeziffern; Wirtschaftlichkeitsbonus unabgestaffelt) werden die Laborpauschalen (GOP 32000) incl. der Ausnahmeziffern (GOP 32005 - 32023) sowie der Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) unabgestaffelt aufgelistet.

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

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

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

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

Anmerkungen zur Leistungsgruppe 11 Spezielle Laboruntersuchungen:

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

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

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

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

LSTGR 14	Kosten/Pauschalerstattungen
LSTGR 15	Impfungen
LSTGR 16	DMP-Leistungen
LSTGR 17	Praxisgebühr
LSTGR 05	Mutterschaftsvorsorge
LSTGR 06	Früherkennung

Anmerkung: Kennzeichnung der GOP

Hat die jeweilige Praxis die in der Spalte 1 ausgewiesene GO-Nummer im letzten Quartal nicht abgerechnet, wird als Kennzeichen hierfür nach der GO-Nummer ein Sternchen (*) ausgewiesen. Dieses Feld kann auch für andere Kennzeichnungen der GOP genutzt werden.

ANLAGE 6

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise

Statistiken über die Ordnungsweise

(§ 15 Abs. 2 PV)

BESCHREIBUNG 'ARZNEIKOSTENSTATISTIK'

In der Arzneikostenstatistik werden die Arzneikosten aller bayerischen Vertragsärzte für Versicherte der Regionalkassen und Ersatzkassen erfasst.

Sie werden den Fallzahlen der bayerischen Vertragsärzte für Regionalkassen und Ersatzkassen gegenübergestellt. Dabei werden alle ambulanten kurativen Fälle einschließlich Sonstige-Hilfen-Fälle, Mutterschaftsvorsorge-Fälle und Impffälle erfasst. Nicht erfasst werden Nachtragsfälle und Früherkennungsfälle Männer/Frauen/Kinder.

Als Regionalkassen gelten:

- die AOK Bayern
- die bayerischen Landwirtschaftlichen Krankenkassen
- die Vereinigte IKK (bundesweit)
- die Betriebskrankenkassen (bundesweit)
- die Knappschaft (bundesweit)

1. Beschreibung der Spalten

Spalte 01: Kassennummer nach dem „Verzeichnis der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen“. Durch den VdAK/AEV wird im Zuge der Datenlieferung zur Arzneikostenstatistik eine VdAK/AEV-einheitliche Kassennummer geliefert. Summe je Kas-
senart und GKV und Vorjahresquartal GKV.

Spalte 02:

M	=	Mitglieder
F	=	Familienversicherte
R	=	Rentner
G	=	Summe M, F, R
GB	=	Summe Brutto GKV
GR	=	Summe Rabatt GKV
GZ	=	Summe Zuzahlung GKV
IM	=	Impfstoffe
p.c.	=	pro communitate = Sprechstundenbedarf
pcb	=	pro communitate brutto (Sprechstundenbedarf Brutto)
p.c. IM	=	Sprechstundenbedarf Impfstoffe
Su	=	Summe G + p.c. (nur bei Summenblock GKV)

- Spalte 03: Zahl der Behandlungsfälle
Dabei werden erfasst:
alle ambulanten kurativen Fälle einschließlich Sonstige-Hilfen-
Fälle und Mutterschaftsvorsorge-Fälle sowie Impffälle.
Es werden nicht erfasst:
Nachtragsfälle und Früherkennungsfälle Männer, Frauen, Kinder.
- Spalte 04: Arzneikosten in €.
Bei M, F, R und G: Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf
GB = Summe Brutto GKV
GR = Summe Rabatt GKV
GZ = Summe Zuzahlung GKV
Bei p.c. : nur Sprechstundenbedarf
Bei Su : Arzneikosten einschließlich Sprechstundenbedarf
- Spalte 05: Durchschnittliche Arzneikosten je Behandlungsfall des Vertrags-
arztes (Spalte 04 : Spalte 03) nur bei M, F, R, G je Kassenart
und GKV.
Bei GKV zusätzlich p.c. PCI und Su.
- Spalte 06: Durchschnittliche Arzneikosten je Behandlungsfall der in Bayern
tätigen Vertragsärzte der Vergleichsgruppe nur für GKV. Sonst
analog Spalte 05.
- Spalte 07: Abweichung vom Vergleichswert in € (Differenz zwischen Spalte
05 und Spalte 06) nur für GKV ab Zeile G.
- Spalte 08: Abweichung vom Vergleichswert in % (Spalte 07 : Spalte 06 x
100) analog Spalte 7
- Spalte 09: Anzahl der Verordnungen nur bei G.
- Spalte 10-13: Verordnungen je Fall und Kosten je Fall pro Vertragsarzt bzw.
Arztgruppe

2. Zeilenweiser Ausdruck in den Spalten

Es werden gedruckt:

- Spalten 02 – 05: Immer wenn Werte vorliegen
Spalte 06: Summenblock GKV
Spalten 07/08: Summenblock GKV: in den Zeilen G, p.c., Su
Spalte 09: Je Krankenkasse in Zeile G,
je Kassenart und Summenblock GKV: in den Zeilen G

3. Gliederung nach Kassenarten

Die Arzneikostenstatistik wird nach Kassenarten getrennt in folgender Reihen-
folge ausgedruckt:

1. AOK Bayern
2. Landwirtschaftliche Krankenkassen
3. Vereinigte IKK
4. Betriebskrankenkassen
5. Knappschaft
6. Ersatzkassen.

4. Gliederung innerhalb jeder Kassenart

Die Werte aus den Spalten 02 – 09 werden nach folgender Systematik ausgewiesen:

- a) Je Krankenkasse in aufsteigender Reihenfolge der Krankenkassennummern.
- b) Für alle in einer Kassenart aufgeführten Krankenkassen, zusammengefasst unter der in Spalte 01 ausgedruckten Bezeichnung „Summe BKK“ usw.
- c) Für alle in der Arzneikostenstatistik aufgeführten Krankenkassen, zusammengefasst unter der in Spalte 01 ausgedruckten Bezeichnung „Summe GKV“.

5. Berechnung der Vergleichswerte

Die Vergleichswerte in der Spalte 06 werden jeweils aus den Verordnungskosten für Versicherte der in Spalte 1 genannten Kassenart ermittelt.

6. Gewichtete Abweichung

Im Block „Summe GKV“ wird in einer gesonderten Zeile in Spalte 08 die gewichtete Abweichung ohne p.c. ausgedruckt.

Die Umrechnung des Wertes aus Spalte 08 unter Berücksichtigung der Fallzahlen an Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern einschließlich Familienversicherten geschieht in folgender Weise:

Rechengang für gewichtete Abweichung ohne Sprechstundenbedarf:

- Die Durchschnitte je Fall in € der Vergleichsgruppe (Spalte 06) werden getrennt nach M, F und R mit den jeweiligen Fallzahlen des Vertragsarztes (Spalte 03) multipliziert.
- Die Ergebnisse der Multiplikationen werden addiert.
- Die Summe dieses Rechenganges = „Soll“ = 100 %.
- Die Plus-/Minus-Differenz - bezogen auf die Arzneikosten in € (Zeile G Spalte 04) - wird festgestellt und die prozentuale Abweichung (= gewichtete Abweichung) ermittelt.

7. Werte des Vorjahresquartales

Im Block „Summe GKV“ wird in einer eigenen Zeile mit der Bezeichnung in Spalte 01 „Vorj.Quart.“ die Summenzeile „G“ aus der Arzneykostenstatistik des Vertragsarztes für das Vorjahresquartal wiederholt.

BESCHREIBUNG 'VERORDNUNGSSTATISTIK'

In der Verordnungsstatistik werden die Verordnungswerte aller bayerischen Vertragsärzte für Versicherte der Regionalkassen und Ersatzkassen erfasst.

Sie werden den Fallzahlen der bayerischen Vertragsärzte für Regionalkassen und Ersatzkassen gegenübergestellt. Dabei werden alle ambulanten kurativen Fälle einschließlich Sonstige-Hilfen-Fälle, Mutterschaftsvorsorge-Fälle und Impffälle erfasst. Nicht erfasst werden Nachtragsfälle und Früherkennungsfälle Männer/Frauen/Kinder.

Als Regionalkassen gelten:

- die AOK Bayern
- die bayerischen Landwirtschaftlichen Krankenkassen
- die Vereinigte IKK (bundesweit)
- die Betriebskrankenkassen (bundesweit)
- die Knappschaft (bundesweit)

1. Beschreibung der Spalten

Spalte 01: Kassennummer nach dem „Verzeichnis der Krankenkassen und Kassen-ärztlichen Vereinigungen“. Durch den VdAK/AEV wird im Zuge der Datenlieferung zur Verordnungsstatistik eine VdAK/AEV-einheitliche Kassennummer geliefert.

Spalte 02: M = Mitglieder
F = Familienversicherte
R = Rentner einschließlich Familienversicherte
G = Summe M, F, R

Spalte 03: Zahl der Behandlungsfälle.
Dabei werden erfasst:
alle ambulanten kurativen Fälle einschließlich Sonstige-Hilfen-Fälle, Mutterschaftsvorsorge-Fälle und Impffälle.
Dabei werden nicht erfasst:
Nachtragsfälle und Früherkennungsfälle Männer/Frauen/Kinder.

1.1 Physikalisch-medizinische Leistungen

Spalte 04: Verordnungskosten insgesamt in €.

Diese Verordnungskosten insgesamt werden nach der Zeile G unterteilt nach Verordnungskosten für

- Massagen (Heilmittelart 3)
- Bäder (Heilmittelart 4)
- Krankengymnastik (Heilmittelart 5)
- Sonstige physikalische Leistungen ausgewiesen (Heilmittelart 6)

Die Unterteilung erfolgt gemäß des bundeseinheitlichen Heilmittel- Positionsnummernverzeichnisses. Heilmittelart 7 (sonstige nicht-physikalische Leistungen) werden nicht ausgewiesen.

Für die Quartalszuordnung ist der Tag der Ausstellung der Verordnung maßgebend.

Spalte 05: Durchschnittliche Verordnungskosten je Behandlungsfall des Vertragsarztes (Spalte 04 : Spalte 03)

Spalte 06: Durchschnittliche Verordnungskosten je Behandlungsfall der in Bayern tätigen Vertragsärzte der Vergleichsgruppe

Spalte 07: Abweichung vom Vergleichswert in € (Differenz zwischen Spalte 05 und Spalte 06)

Spalte 08: Abweichung vom Vergleichswert in % (Spalte 07 : Spalte 06 x 100)

1.2 Krankenhauseinweisungen

Spalte 09: Zahl der Krankenhauseinweisungen des Vertragsarztes. Die quartalsweise Zuordnung der Krankenhausfälle richtet sich nicht nach dem Tag der Verordnung von Krankenhauspflege, sondern nach dem Aufnahmetag in stationäre Behandlung.

Spalte 10: Durchschnittliche Zahl der Krankenhauseinweisungen des Vertragsarztes auf 100 Behandlungsfälle (Spalte 09 : Spalte 03 x 100)

Spalte 11: Durchschnittliche Zahl der Krankenhauseinweisungen auf 100 Behandlungsfälle der in Bayern tätigen Vertragsärzte der Vergleichsgruppe

1.3 Arbeitsunfähigkeitsfälle

Spalte 12: Zahl der im ausgewiesenen Quartal abgeschlossenen AU-Fälle

Spalte 13: Durchschnittliche Zahl der AU-Fälle des Vertragsarztes auf 100 Behandlungsfälle aus der Versichertengruppe Mitglieder (Spalte 12 : Spalte 03 x100)

Spalte 14: Durchschnittliche Zahl der AU-Fälle auf 100 Behandlungsfälle aus der Versichertengruppe Mitglieder der in Bayern tätigen Vertragsärzte der Vergleichsgruppe

2. Zeilenweiser Ausdruck in den Spalten

Es werden ausgedruckt:

Spalten 02 bis 05: Immer wenn Werte vorliegen

Spalte 06: Summenblock GKV

Spalten 07/08: Summenblock GKV in Zeile G

Spalten 09 bis 10: Immer wenn Werte vorliegen

Spalte 11: Summen insgesamt

Spalten 12/13: Immer wenn Werte vorliegen, aber nur in Zeile M

Spalte 14: Summen insgesamt: in Zeile M

3. Gliederung nach Kassenarten

Die Verordnungsstatistik wird nach Kassenarten getrennt in folgender Reihenfolge ausgedruckt:

1. AOK Bayern
2. Landwirtschaftliche Krankenkassen
3. Innungskrankenkassen
4. Betriebskrankenkassen
5. Knappschaft
6. Ersatzkassen.

4. Gliederung innerhalb jeder Kassenart

Die Werte aus den Spalten 02 bis 14 werden nach folgender Systematik ausgewiesen:

- a) Je Krankenkasse in aufsteigender Reihenfolge der Krankenkassennummern.
- b) Für alle in einer Kassenart aufgeführten Krankenkassen, zusammengefasst unter der in Spalte 01 ausgedruckten Bezeichnung „Summe AOK“ usw.

- c) Für alle in der Verordnungsstatistik aufgeführten Krankenkassen, zusammengefasst unter der in Spalte 01 ausgedruckten Bezeichnung „Summe GKV“.

5. Berechnung der Vergleichswerte

Die Vergleichswerte in den Spalten 06, 11 und 14 werden jeweils aus den Verordnungen für Versicherte der in Spalte 01 genannten Kassenart je Kassenart ermittelt.

6. Gewichtete Abweichung

Im Block „Summe GKV“ wird in einer gesonderten Zeile in Spalte 08 die gewichtete Abweichung eingedruckt.

Die Umrechnung des Wertes aus Spalte 08 unter Berücksichtigung der Fallzahlen an Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern einschließlich Familienversicherten geschieht in folgender Weise:

Rechengang

- Die Durchschnitte je Fall in € der Vergleichsgruppe (Spalte 06) werden getrennt nach M, F und R mit den jeweiligen Fallzahlen des Arztes (Spalte 03) multipliziert.
- Die Ergebnisse der Multiplikationen werden addiert.
- Die Summe dieses Rechenvorganges = „Soll“ = 100 %.
- Die Plus-/Minus-Differenz - bezogen auf die Verordnungskosten in € (Zeile G Spalte 04) - wird festgestellt und die prozentuale Abweichung (= gewichtete Abweichung) ermittelt.

7. Werte des Vorjahresquartales

Im Block „Summe GKV“ wird in einer Zeile mit der Bezeichnung in Spalte 01 „Vorj.Quart.“ die Summenzeile „G“ aus der Verordnungsstatistik des Vertragsarztes für das Vorjahresquartal wiederholt.

Protokollnotizen:

1. Die Vertragspartner stimmen überein, dass in der Verordnungsstatistik die Krankenhauseinweisungen nach den Kriterien des § 39 SGB V aufgeschlüsselt werden sollen.

2. Die Verbände der Ersatzkassen sichern zu, die Werte der Verordnungsstatistik vollständig zur Verfügung zu stellen.
3. Die Mitgliedskassen des VdAK/AEV liefern die Daten unter einer gemeinsamen und einheitlichen Kassenummer.

ANLAGE 7

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung der Ordnungsweise nach Richtgrößen

Richtgrößenstatistik

(§ 14 PV)

BESCHREIBUNG 'RICHTGRÖßENSTATISTIK'

In der Richtgrößenstatistik werden die Arzneikosten (bundesweit) aller bayerischen Vertragsärzte für Versicherte der Regionalkassen und Ersatzkassen erfasst. Die Krankenkassen bereinigen die Daten pro Abrechnungsnummer (ANR) um die Kosten vereinbarter Pharmazentralnummern (entsprechend der jeweils gültigen Richtgrößenvereinbarung).

Sie werden den Fallzahlen (bundesweit) der bayerischen Vertragsärzte für Regionalkassen und Ersatzkassen gegenübergestellt. Dabei werden alle ambulanten kurativen Fälle einschließlich der Sonstige- Hilfen-Fälle, Mutterschaftsvorsorge-Fälle und Impffälle erfasst. Nicht erfasst werden Nachtragsfälle und Früherkennungsfälle Männer/Frauen/Kinder.

Als Regionalkassen gelten:

- die AOK Bayern
- die bayerischen Landwirtschaftlichen Krankenkassen
- die Vereinigte IKK
- die Betriebskrankenkassen
- die Knappschaft

1. Beschreibung der Spalten

Spalte 01: Kassen-Nr./Gr.:

Summe Kassenart, GKV Summe Brutto und Netto

Spalte 02: Kostenart:

- **B** = **Brutto**
- **Z** = **Zuzahlung**
- **R** = **Rabatte**
- **PCN** = **PC-Netto**, aufgeteilt entsprechend der prozentualen Anteile der Fallzahlen pro Kassenart nach Spalte 03
- **PCB** = **PC-Brutto Pro Communitate** (Sprechstundenbedarf)
- **GN** = **Gesamtkosten Netto**
- **GB** = **Gesamtkosten Brutto**

Spalte 03: Zahl der Behandlungsfälle (nur in Zeile G)
Dabei werden erfasst:
alle ambulanten kurativen Fälle einschließlich der Sonstige-Hilfen-
Fälle und Mutterschaftsvorsorge-Fälle sowie Impffälle.
Es werden nicht erfasst:
Nachtragsfälle und Früherkennungsfälle Männer/Frauen/Kinder.

Spalte 04: Verordnungsvolumen in €:
Jahreswerte der in Spalte 01 angegebenen Kassenart und GKV.
Für die Ausweisung des PC-Nettowerts bei den Kassenarten gilt:
Der Sprechstundenbedarf wird ausschließlich von der AOK gelie-
fert. Er muss jedoch auf die anderen Kassenarten verteilt werden.
Dazu wird der gesamte Netto-PC der Praxis durch die Fallzahl GKV
dividiert. Das Ergebnis wird mit der Fallzahl der auszuweisenden
Kassenart multipliziert. Das Produkt wird als Wert PCN in der Spal-
te 04 der jeweiligen Kasse bzw. Kassenart ausgewiesen.

Spalte 05: Richtgrößenvolumen in €:
Zur Berechnung des Richtgrößenvolumens werden die ermittelten
altersbezogenen Fallzahlen (Basis siehe Spalte 03) mit der jeweili-
gen Richtgröße aus der dazugehörigen Altersklasse multipliziert.
Die PC-Richtgröße wird mit der Gesamtfallzahl des Arztes multipli-
ziert.
Die zusammenaddierten Produkte ergeben das Richtgrößenvolumen
des Arztes.

2. Zeilenweiser Ausdruck in den Spalten

Es werden gedruckt:

Spalte 03: Nur bei G

Spalte 04: Bei Summe Kassenarten nur GN und PCN. Bei GKV zusätzlich B,
Z, R, GB und PCB.

Spalte 05: Nur bei GKV Brutto

Spalte 09: je Kassenart und Summenblock GKV: in den Zeilen G

Letzte Zeile: Abweichung GKV inkl. PC Brutto:

In der vorletzten Zeile wird die Abweichung zwischen Verordnungsvolumen und
Richtgrößenvolumen in EURO und vom Hundert (%) ausgewiesen.

- die absolute Abweichung ist der Wert aus ‚SUMME GKV‘ Zeile ‚G‘ Spalte 05
minus den Wert aus ‚SUMME GKV‘ Zeile ‚G‘ Spalte 04

- die prozentuale Abweichung ist die absolute Abweichung mal 100 dividiert durch den Wert aus ‚SUMME GKV‘ Zeile ‚G‘ Spalte 05.

Diese Werte sind die Basis für die Richtgrößenauswahlliste.

3. Gliederung nach Kassenarten

Die Arzneikostenstatistik wird nach Kassenarten getrennt in folgender Reihenfolge ausgedruckt:

1. AOK Bayern
2. Landwirtschaftliche Krankenkassen
3. Vereinigte IKK
4. Betriebskrankenkassen
5. Knappschaft
6. Ersatzkassen

ANLAGE 8

zur Prüfungsvereinbarung

Prüfung nach § 15a

1. Listmuster Quartalsbericht, Beschreibung der Spalten

Daten für Spalten 0 bis 8 werden von den Vertragspartnern dieser Vereinbarung gemäß der Vereinbarung nach § 84 Abs. 7a SGB V geliefert.

Spalte 0: Praxiskennzeichen

Spalte 1: Wirkstoffgruppen gemäß der für das Kalenderjahr gültigen Arzneimittelvereinbarung

Spalte 2: Leitsubstanzen gemäß der für das Kalenderjahr gültigen Arzneimittelvereinbarung

Spalte 3: Zielwert Anteil DDD der Leitsubstanz in der jeweiligen Wirkstoffgruppe in Prozent

Spalte 4: Zielwert Durchschnittliche Bruttokosten je DDD in der jeweiligen Wirkstoffgruppe

Spalte 5: Ergebniswert Praxis/Arzt Anteil der DDD der Leitsubstanz in der jeweiligen Wirkstoffgruppe in Prozent

Spalte 6: Ergebniswert Praxis/Arzt Durchschnittliche Bruttokosten je DDD in der jeweiligen Wirkstoffgruppe

Spalte 7: Sollumsatz Praxis/Arzt nach Zielwerten

Spalte 8: Umsatzdifferenz Praxis/Arzt nach Unterschreitung (+) und Überschreitung (-)

2. Feststellung der Über/Unterschreitung und Ausgleichsfestsetzung

Spalte 9: Über/Unterschreitung in Prozent

Spalte 10: Ausgleichsbetrag in EURO

Summenzeile: Ausgleichsbetrag gesamt

3. Erläuterungen der Berechnung

Die Berechnung des Ausgleichsbetrages erfolgt anhand der Vorgaben der jeweils für das Kalenderjahr gültigen Bundesvereinbarung für jede der Wirkstoffgruppen separat. Einen rechnerischen Ausgleich zwischen den einzelnen Über-/ Unterschreitungsbeträgen sieht der Gesetzgeber nicht vor.

4. Aufteilung des Ausgleichsbetrages

Die Ausgleichsbeträge sind als Pauschalen in Prozent pro Kassenverband zu vollziehen. Die Pauschalen werden möglichst aus dem 2. Vorquartal zum Prüfquartal anhand der Verordnungskostenanteile aus der Liste IVA311 Netto (Kassenarten und Fachgruppenbezogene Arzneimittelwerte) bzw. ergänzt um entsprechende bundesweite Verordnungsdaten von den Vertragspartnern ermittelt und der Geschäftsstelle der Prüfungsgremien in Bayern mitgeteilt. Sollten sich Änderungen in den prozentualen Anteilen ergeben (zum Beispiel Kassenarten übergreifende Fusionen etc.), wird die prozentuale Aufteilung adäquat neu geregelt.

ANLAGE 9

zur Prüfungsvereinbarung

Verteiler von Statistiken

Empfängerstellen

- 1) - der Gesamtübersichten
- der Häufigkeitsstatistiken
- der Statistik über die Entwicklung der Verordnungswerte:
- 1 x Vertragsarzt Papierform
- 1 x Geschäftsstelle Datenträger

- 2) - der Richtgrößenstatistik:
- 1 x Geschäftsstelle Datenträger

Zur Vorbereitung von Sondierungsgesprächen werden die o.g. Statistiken durch die Geschäftsstelle in einheitlicher Form für alle Beteiligten auf EDV-Datenträger (z.B. CD-ROM) folgenden Stellen zur Verfügung gestellt:

- 1 x zuständige KVB-Bezirksstelle
- 1 x das für den Vertragsarztsitz zuständige Dienstleistungszentrum der AOK Bayern
- 1 x BKK Landesverband Bayern
- 1 x Vereinigte IKK
- 1 x die für den Vertragsarztsitz zuständige Regionaldirektion der Landwirtschaftlichen Krankenkasse
- 1 x der für den Vertragsarztsitz zuständige Verwaltungsstandort der Landwirtschaftlichen Krankenkasse
- 1 x Knappschaft - Verwaltungsstelle München -
- 1 x die federführende Ersatzkasse

Protokollnotiz:

Die technische Umsetzung wird durch die EDV-Abteilungen der beteiligten Krankenkassen und der KVB abgestimmt.