

# **PRÜFUNGSVEREINBARUNG**

**über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit  
durch die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse  
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns  
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 Bundesknappschaft – Verwaltungsstelle München**  
(nachstehend als "Landesverband" bezeichnet)

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

**der IKK Bayern**  
(nachstehend als „Krankenkasse“ bezeichnet)

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

# Inhaltsverzeichnis

## **I. Prüfungseinrichtungen**

- § 1 Grundsätze
- § 2 Einrichtungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- § 3 Kosten der Prüfungseinrichtungen
- § 4 Vorsitz in den Prüfungseinrichtungen

## **II. Verfahren vor den Prüfungseinrichtungen, Widerspruchsverfahren**

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

## **III. Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung**

### **1. Allgemeines**

- § 9 Prüfungsarten
- § 10 Prüfmethoden

### **2. Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise**

- § 11 Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten  
(Auffälligkeitsprüfung)
- § 12 Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise in Einzelfällen

### **3. Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise**

- § 13 Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten  
(Auffälligkeitsprüfung)
- § 14 Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise in Einzelfällen
- § 15 Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößen  
(Auffälligkeitsprüfung)
- § 16 Prüfung in sonstigen Einzelfällen

#### **4. Prüfung der Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)**

§ 17 Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung)

#### **5. Verfahren in besonderen Fällen**

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

#### **IV. Inkrafttreten, Kündigung**

§ 19 Inkrafttreten

§ 20 Kündigung

#### **V. Protokollnotizen**

#### **VI. Anlagen**

**Anlage 1** Aufgreifkriterien für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung von  
Amts wegen

**Anlage 2** Hinzuziehung eines Sachverständigen für die Sitzungen  
der Prüfungseinrichtungen

**Anlage 3** Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise;  
Einteilung der Leistungsgruppen

**Anlage 4** Vergleichsgruppeneinteilung und Bildung der Durch-  
schnittswerte

**Anlage 5** Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise;  
Gesamtübersicht

**Anlage 6** Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise;  
Häufigkeitsstatistik

**Anlage 7** Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise;  
Häufigkeit der Überweisungen

**Anlage 8** Prüfung auf der Grundlage von Stichproben;  
Auswahl der einzubeziehenden Ärzte

**Anlage 9** Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise;  
Statistiken über die Verordnungsweise

**Anlage 10** Verteiler von Statistiken

## I. Prüfungseinrichtungen

### § 1

#### Grundsätze

- (1) Über die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung entscheiden die Prüfungseinrichtungen nach § 2 unter Beachtung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen.
- (2) <sup>1</sup>Als Vertragsarzt im Sinne dieser Vereinbarung gelten Vertragsärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen (im folgenden Vertragsarzt genannt). <sup>2</sup>Soweit in dieser Vereinbarung der Begriff „ärztlich“ verwendet wird, gilt dieser Begriff entsprechend für vorgenannte Psychotherapeuten.
- (3) Stellen die Prüfungseinrichtungen fest, daß ein Vertragsarzt trotz vorausgegangener Maßnahmen nicht erkennen läßt, daß er zur wirtschaftlichen Behandlungs- und/oder Verordnungsweise bereit ist, so haben die Prüfungseinrichtungen die KVB und die Krankenkassen, Landesverbände sowie Verbände der Ersatzkassen zu unterrichten.
- (4) Stellen die Prüfungseinrichtungen Besonderheiten oder Unkorrektheiten in der Abrechnung eines Vertragsarztes fest, teilen sie dies der KVB und den Krankenkassen, Landesverbänden und Verbänden der Ersatzkassen unverzüglich mit.

### § 2

#### Einrichtungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) <sup>1</sup>Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragspartner bei den KVB-Bezirksstellen die erforderlichen Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse. <sup>2</sup>Die Geschäfte der Ausschüsse führt die KVB über ihre Bezirksstellen.
- (2) Die Geschäftsstelle hat in Abstimmung mit dem Vorsitzenden alle für die Durchführung des Verfahrens erforderlichen Vorbereitungsmaßnahmen unverzüglich zu treffen.
- (3) <sup>1</sup>Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Krankenkassen, Landesverbänden und Verbänden der Ersatzkassen, die Vertreter der Ärzte von der KVB benannt. <sup>2</sup>Die Entbindung eines Vertreters vom Amt ist jeweils durch diese möglich.

- (4) 

1Die Prüfungsausschüsse und die Beschwerdeausschüsse beraten und entscheiden in der Besetzung mit je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen. 2Die Ausschüsse sind auch beschlußfähig, wenn nach ordnungsgemäßer Ladung weniger als sechs, aber mindestens vier Mitglieder anwesend sind. 3Auch in diesem Falle muß eine paritätische Besetzung gewährleistet sein. 4Das überzählige Mitglied wird durch Los ermittelt, sofern nicht ein Mitglied der überparitätisch repräsentierten Ausschußgruppe freiwillig auf das Stimmrecht verzichtet. 5Das überzählige Mitglied nimmt an der jeweiligen Beratung und Abstimmung nicht teil.
- (5) 

1Die Ausschüsse beschließen mit Stimmenmehrheit. 2Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. 3Stimmenthaltung ist nicht zulässig.
- (6) 

Wer als Mitglied eines Prüfungsausschusses tätig geworden ist, darf nicht in derselben Sache als Mitglied eines Beschwerdeausschusses tätig werden.
- (7) 

1Ein ärztliches Mitglied darf bei der Überprüfung seiner eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit nicht mitwirken. 2Das gleiche gilt für Partner einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft. 3Im übrigen gilt § 16 SGB X.
- (8) 

1Die Ausschußmitglieder sind an Weisungen nicht gebunden. 2Sie sind verpflichtet, bei personenbezogenen Daten, die ihnen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit in den Prüfungseinrichtungen zur Kenntnis gelangen, das Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I) zu wahren und die Vorschriften des SGB X über den Schutz der Sozialdaten zu beachten. 3Eine 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 Prüfungseinrichtungen**

- (1) 

Für die Übernahme der Kosten sowie deren Ermittlung gilt die Vereinbarung über die Kostenermittlung und -aufteilung für Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung Ärzte - Krankenkassen (Kostenvereinbarung) mit ihren Anlagen in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) 

Für die Erstellung der nach den §§ 296 bis 298 SGB V zu liefernden Unterlagen werden gegenseitig keine Kosten geltend gemacht.

## **§ 4**

### **Vorsitz in den Prüfungseinrichtungen**

- (1) Die alternierenden Vorsitzenden werden von den Krankenkassen, Landesverbänden und Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam bzw. von der KVB benannt.
- (2) <sup>1</sup>Für den Vorsitzwechsel in den Prüfungseinrichtungen gilt:
  - a) <sup>2</sup>Ein Vertreter der Krankenkassen führt den Vorsitz in den Prüfungsausschüssen bei der Prüfung der Behandlungs- bzw. Ordnungsquartale 1/2001 bis einschließlich 4/2001. <sup>3</sup>Sodann wird der Vorsitz für die nächsten vier Quartale jeweils entsprechend gewechselt. <sup>4</sup>Bei Prüfungsverfahren nach den §§ 11 bis 14 und 16 bis 18 gilt als Quartal im Sinne von Satz 2 dasjenige Quartal, auf das sich die Prüfung bezieht.
  - b) <sup>5</sup>Für die Prüfung nach § 15 führt ein Vertreter der Ärzte den Vorsitz in den Prüfungsausschüssen für Prüfungen, die das Jahr 1998 betreffen. <sup>6</sup>Sodann wird der Vorsitz jährlich entsprechend gewechselt.
  - c) <sup>7</sup>Für die Prüfung nach § 17 gilt als Quartal im Sinne von Satz 2 dasjenige Quartal, für das der Arzt im Rahmen der Stichprobenziehung zur Prüfung ausgewählt wird.
  - d) <sup>8</sup>Den Vorsitz im Beschwerdeausschuß führt ein Vertreter der Ärzte, wenn in dem zu entscheidenden Fall ein Vertreter der Krankenkassen den Vorsitz im Prüfungsausschuß hatte und umgekehrt.

## **II. Verfahren vor den Prüfungseinrichtungen, Widerspruchsverfahren**

## **§ 5**

### **Prüfung von Amts wegen; Antragsverfahren**

- (1) <sup>1</sup>Der Prüfungsausschuß prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Amts wegen. <sup>2</sup>Im Vorfeld von Prüfungen finden Sondierungsgespräche statt mit dem Ziel, Empfehlungen an den Prüfungsausschuß abzugeben.
- (2) <sup>1</sup>Von Amts wegen soll eine Prüfung stattfinden, wenn der Arzt mindestens ein Aufgreifkriterium nach Anlage 1 erfüllt. <sup>2</sup>Der Ausschuß kann auch in anderen Fällen eine Prüfung durchführen.

- (3) 1Darüber hinaus prüft der Prüfungsausschuß die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung auf Antrag. 2Antragsberechtigt sind die KVB, eine Krankenkasse, ein Landesverband oder ein Verband der Ersatzkassen.
- (4) 1Der Antrag zur Prüfung nach Abs. 3 bzw. nach den §§ 12, 14, 16 und 18 muß den betroffenen Vertragsarzt, den Prüfungsgegenstand und das Quartal bezeichnen. 2Er ist mit den erforderlichen Unterlagen beim Prüfungsausschuß einzureichen.
- (5) 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 Prüfungseinrichtungen nehmen ihre Funktionen in Sitzungen wahr. 2An den Sitzungen nehmen die Ausschußmitglieder und die durch die KVB-Bezirksstelle für die Geschäftsstelle bestellten Protokollführer teil.
- (2) Zu den Sitzungen der Prüfungseinrichtungen werden die Ausschußmitglieder unter Übermittlung der Tagesordnung mit einer Frist von drei Wochen eingeladen.
- (3) 1Die Geschäftsstelle stimmt die Termine für die Sitzungen der Prüfungseinrichtungen sowie die Tagesordnung mit den alternierenden Vorsitzenden, im Verhinderungsfall mit deren Stellvertretern, ab. 2Anzahl und Zeitfolge der Sitzungen sind dabei so festzulegen, daß die Verfahren innerhalb der für die einzelnen Prüfungen vorgesehenen Fristen behandelt werden.
- (4) Nimmt ein Mitglied einer Prüfungseinrichtung nicht selbst an der Sitzung teil, obliegt es ihm, die Einladung und die Unterlagen unverzüglich an seinen Vertreter weiterzuleiten.
- (5) 1Das Verfahren vor den Prüfungsausschüssen ist schriftlich. 2Die Beschwerdeausschüsse entscheiden grundsätzlich im schriftlichen Verfahren. 3Auf Antrag eines Verfahrensbeteiligten ist dessen mündliche Anhörung zuzulassen. 4Die Sitzungen sind nicht öffentlich.
- (6) 1Für jeden Prüfungsfall wird ein Prüfarzt aus den ärztlichen Mitgliedern der jeweiligen Prüfungseinrichtung tätig, der den Sachverhalt aufbereitet und einen Beschlußvorschlag unterbreitet. 2Die Prüfungseinrichtungen können Sachverständige gemäß Anlage 2 hinzuziehen.
- (7) Über jede Sitzung der Prüfungseinrichtungen ist eine Niederschrift anzufertigen, die den Anforderungen des § 122 Sozialgerichtsgesetz entspricht.



## **§ 7**

### **Widerspruchsverfahren**

- (1) <sup>1</sup>Der 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. <sup>2</sup>Der 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. <sup>3</sup>In 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 beim Prüfungsausschuß schriftlich oder zur Niederschrift einzureichen.
- (3) Der Widerspruch wird mit den Akten und Unterlagen durch die Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses an den Beschwerdeausschuß weitergeleitet.
- (4) <sup>1</sup>Widersprüche sollen innerhalb eines Monats nach Ablauf der Widerspruchsfrist schriftlich begründet werden. <sup>2</sup>Nach Ablauf dieser Frist kann auch ohne Vorliegen einer Begründung über den Widerspruch entschieden werden.
- (5) <sup>1</sup>Widersprüche, Widerspruchsbegründungen, Stellungnahmen und sonstige Anträge sind durch die Geschäftsstelle der Prüfungseinrichtungen den anderen Verfahrensbeteiligten zur Kenntnis zu bringen. <sup>2</sup>Die Geschäftsstelle kann einen Verfahrensbeteiligten unter Setzung einer angemessenen Frist zur Stellungnahme auffordern.
- (6) Ein Widerspruch soll innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf der Widerspruchsfrist auf die Tagesordnung des Beschwerdeausschusses gesetzt werden.
- (7) 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 Prüfungseinrichtungen erlassen einen schriftlichen Bescheid, der zu begründen und mit einer Rechtsbehelfsbelehrung gemäß § 36 SGB X zu versehen ist.
- (2) <sup>1</sup>Der Bescheid soll spätestens drei Monate nach Beschlußfassung ausgefertigt und versandt werden. <sup>2</sup>Der Bescheid wird dem betroffenen Vertragsarzt und den weiteren Verfahrensbeteiligten übersandt.

### **III. Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung**

#### **1. Allgemeines**

#### **§ 9**

#### **Prüfungsarten**

- (1) <sup>1</sup>Die Prüfungseinrichtungen prüfen arztbezogen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung unter Einbeziehung der Kostenerstattung der Krankenkassen nach § 13 Abs. 2 SGB V durch:
  1. Prüfung ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) und ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise)
    - 1.1 nach Durchschnittswerten (Auffälligkeitsprüfung) und/oder
    - 1.2 in Einzelfällen
  2. Prüfung bei Überschreitung vereinbarter Richtgrößen (Auffälligkeitsprüfung)
  3. Prüfung des Sprechstundenbedarfs
  4. Prüfung in sonstigen Einzelfällen
  5. Prüfung auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung) unter Berücksichtigung der individuellen Praxisstruktur sowie der Indikation, Effektivität, Angemessenheit und Qualität der Leistungen.
- (2) Die Prüfungseinrichtungen haben die Prüfung nach den nachstehenden Grundsätzen und Maßstäben vorzunehmen.
- (3) <sup>1</sup>Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 1 Nrn. 1.1, 3 und 5 findet fachgruppenspezifisch auf der Grundlage bayerischer Vergleichswerte statt. <sup>2</sup>Näheres regelt die Anlage 4.
- (4) <sup>1</sup>Im Prüfungsverfahren nach Abs. 1 Nrn. 1.1, 3 und 5 ist die gesamte Tätigkeit des Vertragsarztes zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Hierbei sind die zum Zeitpunkt des Prüfungsverfahrens vorliegenden Daten über veranlaßte Leistungen – ggf. aus Vorquartalen – beizuziehen. <sup>3</sup>Sie umfassen 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 aufwendiger medizinisch-technischer Leistungen.

## § 10

### Prüfmethoden

<sup>1</sup> Für Prüfungen nach § 9 Absatz 1 Nrn. 1.1, 3 und 5 bedienen sich die Prüfungseinrichtungen statistischer bzw. repräsentativer Prüfmethoden, die geeignet sind, unwirtschaftliche ärztliche Leistungen bzw. ärztlich verordnete Leistungen zu verifizieren und zu bewerten. <sup>2</sup> Insbesondere können zur Anwendung kommen:

1. arithmetischer Fallwertvergleich
2. Vertikalvergleich
3. beispielhafte Einzelfallprüfung
4. repräsentative Einzelfallprüfung.

## 2. Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

### § 11

#### Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach Durchschnittswerten (Auffälligkeitsprüfung)

- (1) <sup>1</sup>Die Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise nach gewichteten Durchschnittswerten erfolgt auf der Grundlage der nach § 296 SGB V zur Verfügung gestellten Daten. <sup>2</sup>Dabei werden die Abrechnungsergebnisse für alle gesetzlichen Krankenkassen je Vertragsarzt zusammengefaßt. <sup>3</sup>Auf dieser Grundlage werden die Werte je Vergleichsgruppe ermittelt. <sup>4</sup>Die Vertragspartner legen die Vergleichsgruppen einvernehmlich fest. <sup>5</sup>Ebenso werden auf dieser Grundlage die Durchschnittswerte des einzelnen Arztes aus Vorquartalen ermittelt.
- (2) Einzelheiten hierzu sowie die Empfänger dieser Daten sind in den Anlagen 3, 4, 5, 6, 7 und 10 geregelt.
- (3) <sup>1</sup>Ein Antrag auf Prüfung ist innerhalb von fünf Monaten nach Ende des Leistungsquartals zu stellen. <sup>2</sup>Sollten die notwendigen Prüfunterlagen nicht spätestens einen Monat vor Ablauf der Antragsfrist vorliegen, verlängert sich die Antragsfrist entsprechend.
- (4) <sup>1</sup>Die Prüfung von Amts wegen und die Prüfung auf Antrag sollen innerhalb von sechs Monaten nach Ende des Leistungsquartales auf die Tagesordnung des Prüfungsausschusses gesetzt werden. <sup>2</sup>Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.
- (5) <sup>1</sup>Die Prüfungseinrichtungen prüfen vorrangig, ob eine Beratung des Vertragsarztes ausreichend ist, um in Zukunft eine wirtschaftliche Behandlungsweise zu sichern. <sup>2</sup>Eine solche Beratung ist als Bestandteil des Prüfbescheides von der Prüfungseinrichtung schriftlich zu erteilen und gezielt zu begründen.

- (6) 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 auch nach einer Schätzung kürzen, ohne eine Prüfung nach einzelnen Behandlungsfällen vorzunehmen.
- (7) <sup>1</sup>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.
- (8) <sup>1</sup>Vergütungskürzungen bei einzelnen Leistungen des Bewertungsmaßstabes-Ärzte sind möglich. <sup>2</sup>Die Absätze 6 und 7 sind dabei entsprechend anzuwenden. <sup>3</sup>Vergleichsbasis ist der Ansatz der betreffenden Leistungen auf 100 Behandlungsfälle aus der Häufigkeitsstatistik.
- (9) <sup>1</sup>Die Prüfungseinrichtungen entscheiden unter Würdigung aller in Betracht kommenden Umstände. <sup>2</sup>Kürzungen nach den Absätzen 6 bis 8 sind insoweit nicht zulässig, als ein Mehraufwand in einzelnen Leistungsgruppen oder bei einzelnen Leistungen durch Einsparungen in anderen Leistungsbereichen oder bei den veranlaßten Leistungen im ursächlichen Zusammenhang ausgeglichen wird. <sup>3</sup>Entsprechendes gilt, soweit ein Mehraufwand bei den ärztlichen Leistungen des Vertragsarztes gegenüber dem Durchschnittswert der Vergleichsgruppe bzw. gegenüber dem Durchschnittswert des Vertragsarztes in den Vorquartalen durch anzuerkennende Besonderheiten seiner Praxis gerechtfertigt ist. <sup>4</sup>Einsparungen und Praxisbesonderheiten sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie aus der Abrechnung des Vertragsarztes erkennbar oder in anderer Weise nachgewiesen sind.
- (10) <sup>1</sup>Auch wenn die in den Absätzen 6 und 7 genannten Voraussetzungen nicht vorliegen, können die Prüfungseinrichtungen eine Kürzung vornehmen, sofern die Überprüfung eine Unwirtschaftlichkeit in einzelnen Behandlungsfällen ergibt. <sup>2</sup>Dabei wird der festgestellte Mehraufwand gekürzt.
- (11) Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit können pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden.
- (12) <sup>1</sup>Ergibt sich im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung die Notwendigkeit einer rechnerischen oder einer gebührenordnungsmäßigen Richtigstellung bzw. die Notwendigkeit einer Plausibilitätsprüfung, so teilt die Prüfungseinrichtung dies der KVB-Bezirksstelle zur Entscheidung mit. <sup>2</sup>Die betroffene(n) Krankenkasse(n) oder die betroffenen Landesverbände bzw. Verbände der Ersatzkassen sind hiervon zu unterrichten. <sup>3</sup>Das Verfahren im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist gegebenenfalls bis zum Abschluß der KVB-internen Prüfung zu vertagen.

## § 12

### Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise in Einzelfällen

- (1) Auf Antrag der KVB, einer Krankenkasse, eines Landesverbandes oder eines Verbandes der Ersatzkassen 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 neun Monaten nach Ablauf des Behandlungsquartals beim Prüfungsausschuß vorliegen.
- (3) <sup>1</sup>Der Antrag ist zu begründen. <sup>2</sup>Der Begründung sind alle zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen beizufügen. <sup>3</sup>Der Antrag gilt als zurückgenommen, wenn er nicht innerhalb von drei Monaten nach Ablauf der Antragsfrist begründet wird; hierüber ergeht ein Bescheid durch den Prüfungsausschuß.
- (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.

### 3. Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise

## § 13

### Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten (Auffälligkeitsprüfung)

- (1) Prüfungsgegenstand ist die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise bei der Einzelverordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf.
- (2) <sup>1</sup>Die Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach gewichteten Durchschnittswerten erfolgt auf der Grundlage der nach § 296 SGB V zur Verfügung gestellten Daten. <sup>2</sup>Dabei werden die Verordnungsergebnisse je Vertragsarzt für alle dieser Vereinbarung unterliegenden Krankenkassen zusammengefaßt. <sup>3</sup>Auf dieser Grundlage werden die Werte je Vergleichsgruppe ermittelt. <sup>4</sup>Die Vergleichsgruppen werden von den Vertragspartnern einvernehmlich festgelegt. <sup>5</sup>Einzelheiten hierzu sowie die Empfänger dieser Daten sind in den Anlagen 4, 9 und 10 geregelt.
- (3) <sup>1</sup>Ein Antrag auf Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten muß innerhalb von neun Monaten nach Ende des Ordnungsquartals dem Prüfungsausschuß vorliegen. <sup>2</sup>Der Antrag ist zu begründen.

- (4) <sup>1</sup>Anträgen auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie von Sprechstundenbedarf sind die erforderlichen Unterlagen (Verordnungen/Images von den Krankenkassen, Leistungsnachweise von der KVB) beizufügen. <sup>2</sup>Die erforderlichen Unterlagen sind bis spätestens zehn Monate nach Ende des Ordnungsquartals dem Prüfungsausschuß zur Verfügung zu stellen. <sup>3</sup>Soweit eine Krankenkasse die erforderlichen Unterlagen nicht fristgerecht vorlegt, sind Regreßmaßnahmen für diese Krankenkasse nicht zu vollziehen.
- (5) <sup>1</sup>Wird eine Prüfung von Amts wegen durchgeführt, so sind dem Prüfungsausschuß für den betroffenen Vertragsarzt von den Krankenkassen die Verordnungen bzw. Images und von der KVB die Leistungsnachweise des betreffenden Zeitraumes innerhalb von drei Monaten nach Anforderung durch den Prüfungsausschuß zur Verfügung zu stellen. <sup>2</sup>Werden von keiner Krankenkasse Unterlagen innerhalb dieser Frist vorgelegt, ist das Verfahren einzustellen. <sup>3</sup>Soweit die Unterlagen einzelner Krankenkassen dem Prüfungsausschuß nicht vorliegen, sind Regreßmaßnahmen für diese Krankenkassen nicht zu vollziehen.
- (6) Das Verfahren soll innerhalb von 13 Monaten nach Ende des Ordnungsquartals auf die Tagesordnung des Prüfungsausschusses gesetzt werden.
- (7) <sup>1</sup>Sowohl bei der Amtsprüfung als auch bei der Antragsprüfung sind die Unterlagen von den Krankenkassen so aufzubereiten, daß eine repräsentative Prüfung in ausreichendem Umfange möglich ist. <sup>2</sup>Dabei sind für eine repräsentative Zahl von Behandlungsfällen (10 %, mindestens 30 Fälle) die Verordnungen zu sortieren. <sup>3</sup>Näheres regelt Anlage 9.
- (8) <sup>1</sup>Die Prüfungseinrichtungen prüfen vorrangig, ob eine Beratung des Vertragsarztes ausreichend ist, um in Zukunft eine wirtschaftliche Ordnungsweise zu sichern. <sup>2</sup>Eine solche Beratung ist als Bestandteil des Prüfbescheides von der Prüfungseinrichtung schriftlich zu erteilen und gezielt zu begründen. <sup>3</sup>Dies gilt nicht, wenn innerhalb der letzten 24 Monate vor dem zu prüfenden Quartal eine Beratung stattgefunden hat.
- (9) § 9 Absatz 3 sowie § 11 Absätze 6, 7, 9 und 10 dieser Vereinbarung gelten entsprechend.

## **§ 14**

### **Prüfung der ärztlichen Ordnungsweise in Einzelfällen**

- (1) <sup>1</sup>Auf Antrag der KVB, einer Krankenkasse, eines Landesverbandes oder eines Verbandes der Ersatzkassen prüft der Prüfungsausschuß, ob der Vertragsarzt im Einzelfall mit seiner Ordnungsweise gegen das Wirtschaftlichkeits- oder Ordnungs-/Zulässigkeitsgebot (auch bei Heil- und/oder Hilfsmitteln) verstoßen hat. <sup>2</sup>Die Prüfung kann sich auch auf Einzelposten des Sprechstundenbedarfs erstrecken.

- (2) Prüfungsgegenstand ist die arzneimittel- bzw. verordnungsbezogene Überprüfung der Verordnungsweise nach den Arzneimittel- sowie Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien sowie nach der Vereinbarung über die Verordnung ärztlichen Sprechstundenbedarfs.
- (3) Der Prüfungsausschuß entscheidet auch über nur unter bestimmten Voraussetzungen verordnungsfähige Heil- und Hilfsmittel.
- (4) <sup>1</sup>Der Antrag muß innerhalb von zehn Monaten nach Ablauf des Verordnungsquartals dem Prüfungsausschuß vorliegen. <sup>2</sup>Das Verfahren soll innerhalb von vier Monaten nach Ablauf der Antragsfrist auf die Tagesordnung des Prüfungsausschusses gesetzt werden. <sup>3</sup>Ein Antrag auf Prüfung von Einzelposten des Sprechstundenbedarfs kann sich rückwirkend auf bis zu vier unmittelbar aufeinanderfolgende Quartale erstrecken.
- (5) Der Antrag ist zu begründen; ihm sind alle zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen beizufügen.
- (6) Soweit der Prüfungsausschuß eine Verordnungsunzulässigkeit festgestellt hat, setzt er den vom Vertragsarzt zu erstattenden Regreßbetrag fest.
- (7) <sup>1</sup>Im Falle festgestellter Unwirtschaftlichkeit hat der Prüfungsausschuß vorrangig zu prüfen, ob eine Beratung ausreichend ist. <sup>2</sup>Dies gilt nicht, wenn innerhalb der vorangegangenen 24 Monate eine Beratung stattgefunden hat.

## **§ 15**

### **Arztbezogene Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößen (Auffälligkeitsprüfung)**

<sup>1</sup>Die Durchführung der Richtgrößenprüfung wird in einer gesonderten Vereinbarung abschließend geregelt. <sup>2</sup>Soweit die Prüfungsvereinbarung abweichende Regelungen enthält, geht die Richtgrößen-Vereinbarung vor.

## **§ 16**

### **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) prüft der Prüfungsausschuß, ob der Vertragsarzt im Einzelfall bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung oder bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit oder bei der Veranlassung sonstiger Leistungen, insbesondere aufwendiger 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 Arzt 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) Anträge nach Absatz 1 sind nur innerhalb einer Frist von neun Monaten nach Ende des Quartals, in dem der Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vermutet wird, zulässig.
- (4) Dem Antrag sind alle zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen beizufügen.

#### **4. Prüfung der Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung)**

##### **§ 17**

##### **Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung)**

- (1) 1Die Auswahl der nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V in die Stichprobenprüfung einzubeziehenden Vertragsärzte (mindestens 2 v. H. je Quartal) erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Zufallsgenerator). 2Näheres regelt die Anlage 8.
- (2) 1Der einer Prüfung zugrunde zu legende Zeitraum beträgt ein Jahr. 2Die Prüfung umfaßt sowohl die ärztlichen Leistungen als auch die ärztlich verordneten Leistungen.
- (3) Das Verfahren soll innerhalb von sechs Monaten nach Auswahl auf die Tagesordnung des Prüfungsausschusses gesetzt werden.
- (4) In der Regel findet eine erneute Prüfung nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach Einleitung dieser Prüfung statt.
- (5) Für die Prüfung nach § 275 Abs. 1b SGB V werden die Ärzte, bei denen eine Stichprobenprüfung durchgeführt wird, über die Krankenkassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung benannt.
- (6) Stellt 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 Antrag nach § 16 dieser Vereinbarung stellen kann.



## 5. 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 KVB innerhalb von neun 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, wird die KVB, wenn sie das Regreßbegehren für berechtigt hält, den Vertragsarzt entsprechend informieren und den jeweiligen Schadensbetrag bei Einverständnis des Vertragsarztes einbehalten und an die Krankenkasse abführen. 2Hält die KVB das Regreßbegehren nicht für fristgerecht gestellt bzw. nicht für berechtigt oder erklärt der Vertragsarzt nicht sein Einverständnis zur Einbehaltung und Abführung des Regreßbetrages an die Krankenkasse, leitet die KVB das Regreßbegehren der Krankenkasse unverzüglich an den Prüfungsausschuß weiter. 3Für die Antragstellung nach Satz 1 bei der KVB ist der hierfür vereinbarte Vordrucksatz zu verwenden.
- (2) Die Weiterleitung eines Regreßbegehrens nach Absatz 1 an den Prüfungsausschuß gilt als fristgerechter Antrag der Krankenkasse an den Prüfungsausschuß, wenn das Regreßbegehren innerhalb der in Absatz 1 genannten Frist bei der KVB geltend gemacht wurde.
- (3) Anträge nach Absatz 2 sollen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Unterlagen im Prüfungsausschuß behandelt werden.
- (4) Ein Antrag wegen unzulässig verordnetem Sprechstundenbedarf kann sich rückwirkend auf bis zu vier unmittelbar aufeinanderfolgende Quartale erstrecken.

#### **IV. Inkrafttreten, Kündigung**

##### **§ 19**

##### **Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2001 in Kraft, gilt für die Prüfung der Quartale ab dem 1. Quartal 2001 und ersetzt insoweit die bisher geltende Vereinbarung über die Wirtschaftlichkeitsprüfung.

##### **§ 20**

##### **Kündigung**

1Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2001, gekündigt werden.

## V. Protokollnotizen

### 1. Zu § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und § 15:

<sup>1</sup>Beginn der Richtgrößenprüfung ist spätestens der 01. Oktober des Folgejahres.  
<sup>2</sup>Die Vertragspartner gehen daher davon aus, daß die letzten Richtgrößenprüfungs-Bescheide des Prüfungsausschusses bis 01. Oktober des übernächsten Jahres (für 1999 somit spätestens am 01.10.2001) zugestellt sind.

### 2. Zu § 6 Absatz 6:

#### **Verlegungsanträge:**

<sup>1</sup>Stellt ein Verfahrensbeteiligter vor dem anberaumten Sitzungstermin einen Antrag auf Verlegung der mündlichen Verhandlung vor dem Beschwerdeausschuß, entscheidet darüber die Geschäftsstelle des Beschwerdeausschusses. <sup>2</sup>Die Verfahrensbeteiligten sind von der Entscheidung zu unterrichten. <sup>3</sup>Sofern wiederholte Verlegungsanträge im selben Verfahren gestellt werden, entscheidet ab dem zweiten Verlegungsantrag der Beschwerdeausschuß.

### 3. Datenlieferung:

<sup>1</sup>Die Vertragspartner sind sich darin einig, daß die Wirtschaftlichkeitsprüfung künftig auf der Basis von Datensätzen durchgeführt und über die Lieferung der Daten nach den §§ 296, 297 und 298 SGB V ein gesonderter Vertrag abgeschlossen wird.  
<sup>2</sup>Änderungen, die sich aus diesem Vertrag für die Anlagen 5 bis 9 ergeben sollten, werden entsprechend berücksichtigt (Anpassung der vorgenannten Anlagen), ohne daß es einer Kündigung der Prüfungsvereinbarung bedarf.

### 4. Zu § 13 Absatz 7:

Die KVB übernimmt keine Haftung, wenn aufgrund fehlender Unterlagen Regreßmaßnahmen nicht vollzogen werden können.

München, den 15.11.2000

**Kassenärztliche Vereinigung Bayerns**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**AOK Bayern – Die Gesundheitskasse**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dr. med. Lothar Wittek  
Vorsitzender des Vorstandes

**Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.**  
**Landesvertretung Bayern**

**BKK Landesverband Bayern**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Bundesknappschaft – Verwaltungs-  
stelle München**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Funktioneller Landesverband der  
Landwirtschaftlichen Krankenkassen  
und Pflegekassen in Bayern**

**IKK Bayern**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Verband der Angestellten-Kranken-  
kassen e. V.**  
**Landesvertretung Bayern**

# ANLAGE 1

## zur Prüfungsvereinbarung

### Aufgreifkriterien für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung von Amts wegen

(§ 5 Abs. 2 PV)

1Ein Arzt soll in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen werden, wenn er mindestens eines der nachfolgenden Aufgreifkriterien erfüllt:

1. Überschreitung des durchschnittlichen gewichteten Fallwertes der Behandlungsweise gesamt um mindestens 40 % im Vergleich zur Vergleichsgruppe;
2. Überschreitung des durchschnittlichen gewichteten Fallwertes in einer Leistungsgruppe um mindestens 40 % im Vergleich zur Vergleichsgruppe;
3. Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes in einer fachgruppentypischen Einzelleistung um mindestens 200 % im Vergleich zur Vergleichsgruppe, wenn mit dieser Leistung mehr als 30.000 Punkte angefordert wurden;
4. Überschreitung des durchschnittlichen gewichteten Fallwertes bei den Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf um mindestens 50 % im Vergleich zur Vergleichsgruppe;
5. Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes beim Sprechstundenbedarf um mindestens 50 % im Vergleich zur Vergleichsgruppe;
6. Überschreitung des durchschnittlichen gewichteten Fallwertes bei den veranlaßten phys.-med. Leistungen um mindestens 50 % im Vergleich zur Vergleichsgruppe.

2Alle Vergleiche bei der Behandlungsweise beziehen sich auf Fallwerte vor Budget.

-----

#### Protokollnotiz:

Die Vertragspartner stimmen darin überein, daß während der Laufzeit dieser Prüfungsvereinbarung - ohne daß es einer Kündigung bedarf - die Aufgreifkriterien einvernehmlich geändert werden können.

## **A N L A G E 2**

### **zur Prüfungsvereinbarung**

#### **Hinzuziehung eines Sachverständigen für die Sitzungen der Prüfungseinrichtungen**

**(§ 6 Abs. 6 PV)**

<sup>1</sup>Durch Entscheidung der Vorsitzenden der Prüfungseinrichtungen oder durch Beschluß der Prüfungseinrichtungen kann für die Sitzungen der Prüfungseinrichtungen ein ärztlicher Sachverständiger hinzugezogen werden.

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

<sup>3</sup>Der hinzugezogene Sachverständige ist nicht Mitglied der Prüfungseinrichtungen.

<sup>4</sup>Er hat sich vor dem Ausschuß nur zu dem ihm erteilten Auftrag zu äußern.

<sup>5</sup>Er gibt keinen Beschlußvorschlag ab.

# ANLAGE 3

## zur Prüfungsvereinbarung

### Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

#### Einteilung der Leistungsgruppen

(§ 11 Abs. 2 PV)

1Zur Durchführung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise werden die Leistungspositionen zu folgenden Leistungsgruppen (LG) zusammengefaßt:

<u>Leistungsgruppe:</u>	<u>Inhalt:</u>
<b>01</b> Pauschalierte Grundleistungen	Abschnitt B I.2 (ohne GOP 4) und B I.3
<b>02</b> Besuche, Visiten	Kapitel B III.1
<b>03</b> Beratungs- und Betreuungsleistungen, Ganzkörperstatus	Kapitel B II.1, B II.2 und B III.3
<b>04</b> Verweilen, Konsilien, Mitteilungen, ambulante Operationen	Kapitel B III.2, B IV, B V, B VI, B VII und B VIII
<b>05</b> Mutterschaftsvorsorge	Kapitel B IX.1
<b>06</b> Prävention Kinder und Prävention Erwachsene	Kapitel B IX.2 und B IX.3
<b>07</b> Sonstige Hilfen	Kapitel B X
<b>08</b> Sonderleistungen	Kapitel B XI, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N und P
<b>09</b> Physikalisch-med. Leistungen	Kapitel E
<b>10</b> Labor O I und O II	Kapitel O I und O II
<b>11</b> Labor O III	Kapitel O III

<b>12</b>	Röntgenleistungen	Abschnitte Q, R, S, T
<b>13</b>	Wegepauschalen	Wegepauschalen und Wegegeder aus Kapitel U
<b>14</b>	Pauschalerstattungen	Kosten, DM-Beträge
<b>14/1</b>	Impfungen	Schutzimpfungen und sonstige Prophylaxemaßnahmen

zSoweit unter „Inhalt“ nichts anderes vermerkt ist, handelt es sich um die Abschnitte bzw. Nummern aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab Ärzte (EBM).

-----

**Protokollnotiz:**

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



# ANLAGE 4

## zur Prüfungsvereinbarung

### Vergleichsgruppeneinteilung und Bildung der Durchschnittswerte

(§ 9 Abs. 3, § 11 Abs. 2 und § 13 Abs. 2 PV)

1. Als Vergleichsgruppen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 9 Abs. 1 Nrn. 1.1, 3 und 5 Prüfungsvereinbarung werden folgende Gruppen gebildet:

<b>Fachgruppen- Nummer</b>	<b>Gebietsbezeichnung</b>
01	Anästhesisten
04	Augenärzte
07	Chirurgen
10	Frauenärzte
13	HNO-Ärzte
16	Hautärzte
19/1	Hausärztlich tätige Internisten
19/2	Fachärztlich tätige Internisten
23/1	Hausärztlich tätige Kinderärzte
23/2	Fachärztlich tätige Kinderärzte
26	Laborärzte sowie Mikrobiologen und Infektionsepidemiologen
29	Lungenärzte
35	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
38/1	Nervenärzte
38/6	Neurologen
38/7	Psychiater
38/9	Kinder- und Jugendpsychiater
41	Neurochirurgen
44	Orthopäden
47	Pathologen und Neuropathologen
50	Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind
53	Radiologen, Ärzte für radiologische Diagnostik, Ärzte für radiologische Strahlentherapie
56	Urologen
59	Nuklearmediziner

<b>63</b>	Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin
<b>69/1</b>	Psychologische Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie
<b>69/2</b>	Kinder- und Jugendpsychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie
<b>70</b>	Psychologische Psychotherapeuten
<b>71</b>	Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten
<b>74</b>	Ärztlich geleitete Einrichtungen
<b>76</b>	Dialyse-Einrichtungen
<b>78</b>	Notfalldienstärzte
<b>80/1</b>	Allgemeinärzte und Praktische Ärzte, hausärztlich tätig
<b>80/2</b>	Allgemeinärzte und Praktische Ärzte, fachärztlich tätig

<sup>2</sup>In allen Fachgruppen wird für die ermächtigten Ärzte eine eigene Untergruppe gebildet mit der Bezeichnung „Fachgruppennummer/4“.

<sup>3</sup>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. <sup>1</sup>Vertragsärzte, die für mehrere Gebiete zugelassen (ermächtigt) sind, werden derjenigen Vergleichsgruppe zugeordnet, die ihrer überwiegenden Tätigkeit entspricht. <sup>2</sup>Dies gilt sinngemäß auch für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen.
  
4. Die Vergleichswerte für die Prüfung nach § 11 nach Arztgruppen bzw. Arztuntergruppen werden je Quartal aus den Abrechnungswerten aller bayerischen Vertragsärzte errechnet.

5.
  - 1Die Vergleichswerte nach Arztgruppen bzw. Arztuntergruppen werden auf Landesebene (§ 9 Abs. 3) 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 v. H. ausgewiesen.
  - 4Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise ist die „gewichtete Abweichung“ zugrunde zu legen.
  
7.
  - 1Die Vergleichswerte für die Prüfung nach § 13 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 Bundesknappschaft 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 v. H. ausgewiesen.
  - 4Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise ist die „gewichtete Abweichung“ zugrunde zu legen.
  - 5Für den Sprechstundenbedarf wird keine gewichtete Abweichung berechnet.

9. Bei Gemeinschaftspraxen werden die gemeinsamen Abrechnungswerte bzw. Verordnungskostenwerte aller Mitglieder der Gemeinschaftspraxis 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. <sup>1</sup>Für die poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen gelten als Vergleichswerte die Werte der jeweils entsprechenden Arztgruppe bzw. Untergruppe. <sup>2</sup>Für medizinische Polikliniken werden die Werte der Vergleichsgruppe (19/2) zugrunde gelegt. <sup>3</sup>Für sonstige an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Einrichtungen (z. B. ermächtigte Kliniken oder Institute) gilt dies sinngemäß.

---

**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 Verbände der Ersatzkassen sichern zu, die Werte für die Verordnungsstatistik E baldmöglichst vollständig zur Verfügung zu stellen.
4. Die Vertragspartner stimmen darin überein, die Verordnungskostenwerte nach Nummer 8 baldmöglichst aus bundesweiten Daten zu errechnen.

# ANLAGE 5

## zur Prüfungsvereinbarung

### Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise

#### Gesamtübersicht

(§ 11 Abs. 2 PV)

Die Gesamtübersicht beinhaltet den Leistungsbedarf jedes einzelnen Arztes, ggf. vor Budgetierung, 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, ggf. vor Budgetierung, vorgenommen.

Der Ausdruck der Gesamtübersicht erfolgt für die Ärzte der jeweils fertiggestellten und zum Abruf für die Weiterverarbeitung gemeldeten Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe.

Der Ausdruck der Gesamtübersicht je Vertragsarzt erstreckt sich auf zwei Seiten.

#### **Inhalt der Seite 1:**

In den Kopfzeilen werden die folgenden Angaben gedruckt:

Bezirksstellename:

Listenbezeichnung: (Hier: L'ABW002-4)

Tag des Ausdrucks: (Laufender Tag) und Seitenzähler

Bereich: Prüfbereich (nicht bei allen Dienststellen)

Arztgruppe: Nummer der Arztgruppe, ggf. mit Untergruppe

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

Name:	In der ersten Zeile des Namensfeldes wird bei Einzelärzten der Titel, in der 2. Zeile der Vorname und in der 3. Zeile der Nachname ausgewiesen. Bei Gemeinschaftspraxen wird in der ersten Zeile der Text 'Gemeinschafts-Praxis' gedruckt, in den beiden nächsten Zeilen wird der Name der Gemeinschaftspraxis ausgewiesen.
Praxis-Ort:	Postleitzahl und Ort des Arztsitzes
Kassenart:	Regionalkassen und Ersatzkassen (= GKV)
Behandlungsart:	Ambulant oder stationär
Blatt:	Angabe, ob es sich um Seite 1 oder 2 handelt
Quartal:	Abrechnungsquartal; bei Nachträgen wird das jeweilige Leistungsquartal mit ausgewiesen.

Im weiteren Ausdruck werden die Leistungsgruppen wie folgt gedruckt:

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 'Familienversicherte'
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 des Arztes 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) 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).
Spalte 9:	Gewichtete Abweichung des Arztes zu seiner Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe
Spalte 10:	Gewichtete Abweichung des Arztes 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 Sternchen ('*****') eingedruckt.

Spalte 11: Freiraum für Eintragungen der Prüfungsgremien

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.

### **Inhalt der Seite 2:**

Die Kopfzeilen haben den gleichen Inhalt wie auf der Seite 1.

In den folgenden Zeilen werden die Arztfallzahlen und die Fallzahlen der entsprechenden Arztgruppe/-untergruppe, getrennt nach den drei Versichertengruppen Mitglieder, Familienversicherte und Rentner einschließlich Familienversicherte sowie der Summe der Versichertengruppen ausgewiesen.

Im linken Teil erfolgt der Ausdruck der kurativen Fallzahlen. Die Gesamtfallzahl des Arztes ist in folgende Fallzahlen aufgegliedert:

- Krankenscheinfälle
- Auftragsfälle
- Überweisungsfälle zur konsiliarärztlichen Untersuchung
- Überweisungsfälle zur Mitbehandlung, Weiterbehandlung oder aus sonstigen Gründen
- Vertretungsfälle
- Eigene Notfälle
- Organisierter Notfalldienst.

Die Gesamtfallzahlen werden je Praxis und bei Gemeinschaftspraxen je Einzelarzt pro Praxis gedruckt. Es folgen Durchschnittsfallzahlen der Arztgruppe je Praxis und bei Gemeinschaftspraxen je Einzelarzt. In der nächsten Zeile erscheint die Abweichung des einzelnen Arztes gegenüber seiner Vergleichsgruppe in Prozent. In der nächsten Zeile erfolgt der Ausdruck des prozentualen Anteils der drei Versichertengruppen an der Gesamtfallzahl der Praxis.

Darunter werden die entsprechenden Versichertengruppenanteile der jeweiligen Arztgruppe/Arztuntergruppe sowie die prozentuale Abweichung der Praxis 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 insgesamt.

Die Fallzahlen sind wie folgt gegliedert:

- Fälle der Mutterschaftsvorsorge
- Fälle der Früherkennung
- Fälle der Sonstigen Hilfen
- Impffälle.

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

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

In dem freien Block zwischen den Fallzahlen und den Erläuterungen werden diejenigen Kassen gedruckt, bei denen der Arzt mindestens 15 Fälle (kurativ und reine Sonstige Hilfen) abrechnet.

Dieser Block hat die Überschrift „Kassen : Fälle“.



# **A N L A G E 6**

## **zur Prüfungsvereinbarung**

### **Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise**

#### **Häufigkeitsstatistik**

**(§ 11 Abs. 2 PV)**

Die Häufigkeitsstatistik beinhaltet alle abgerechneten GO-Nrn. eines Arztes, ggf. vor Budgetierung, getrennt nach den verschiedenen Leistungsgruppen. Dabei wird je GO-Nr. ein Vergleich zu den Durchschnittswerten der entsprechenden Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe vorgenommen, soweit die Ärzte/der Arzt bzw. die Arztuntergruppe die jeweilige GO-Nr. angesetzt haben.

Der Ausdruck der Häufigkeitsstatistik erfolgt für die Ärzte der jeweils fertiggestellten und zum Abruf für die Weiterverarbeitung gemeldeten Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe.

In den Kopfzeilen werden die folgenden Angaben gedruckt:

Bezirksstellenname:

Listenbezeichnung: (Hier: L'ABW002-1)

Tag des Ausdrucks: (Laufender Tag) und Seitenzähler

Bereich: Prüfbereich (nicht bei allen Dienststellen)

Arztgruppe: Nummer der Arztgruppe, ggf. mit Untergruppe

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

Name: In der ersten Zeile des Namensfeldes wird bei Einzelärzten der Titel, in der 2. Zeile der Vorname und in der 3. Zeile der Nachname ausgewiesen. Bei Gemeinschaftspraxen wird in der ersten Zeile der Text 'Gemeinschafts-Praxis' gedruckt, in den beiden nächsten Zeilen wird der Name der Gemeinschaftspraxis ausgewiesen.

Praxis-Ort: Postleitzahl und Ort des Arztsitzes

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:

Leistungsart	Leistungsgruppe der GO-Nr.
Kurativ:	LG 01 – 04, 08 – 12, 13, 14 (ohne LG 14/1)
Mutterschaftsvorsorge:	LG 05
Früherkennung:	LG 06
Sonstige Hilfen:	LG 07
Impfungen:	LG 14/1

Kassenart: Regionalkassen und Ersatzkassen (= GKV)

Behandlungsart: Ambulant oder stationär

Blatt: Erfolgt innerhalb des Arztes und der Kasse ein Behandlungsartwechsel, wird mit der Blatzzählung von vorn begonnen.

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

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

Spalte 1: Die jeweilige GO-Nummer. Wenn ein Arzt die GO-Nummer im letzten Quartal nicht abgerechnet hat, wird als Kennzeichen hierfür nach der GO-Nummer ein Sternchen (\*\*\*) ausgewiesen.

Spalte 2: Hier wird angezeigt, wie oft der Arzt die GO-Nr. angesetzt hat.

Spalte 3: Einzelwert der GO-Nr., d. h., Wert von Spalte 4, dividiert durch Wert von Spalte 2

Spalte 4: Gesamtvolumen der GO-Nr.

Spalte 5: Anzahl der Fälle, bei der diese GO-Nr. angesetzt worden ist (= betroffene Fälle)

Spalte 6: Durchschnittlicher Ansatz der GO-Nr. je betroffenem Fall

Spalte 7: Durchschnittlicher Wert der GO-Nr., umgerechnet auf einen Fall der entsprechenden Leistungsart

Spalte 8: Anteil der betroffenen Fälle (= Spalte 5) an den Gesamtfällen der entsprechenden Leistungsart

Spalte 9: Häufigkeit der GO-Nr. auf 100 Fälle der entsprechenden Leistungsart

Spalte 10: Häufigkeit der Arztgruppe bzw. Arztuntergruppe auf 100 Fälle der entsprechenden Leistungsart. Es werden nur die Ärzte/der Arzt bzw. die Arztuntergruppe berücksichtigt, die auch die GO-Nr. angesetzt haben.

Spalte 11: Prozentuale Abweichung des Arztes von den Werten seiner Arztgruppe/Arztuntergruppe. Über- bzw. Unterschreitungen werden durch ein nachfolgendes Plus- bzw. Minuszeichen gekennzeichnet. Zusätzlich werden innerhalb der Spalte 11 die Unterschreitungen linksbündig und die Überschreitungen rechtsbündig gedruckt.

Spalte 12: Prozentsatz der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe/Arztuntergruppe, die die jeweilige GO-Nummer (Spalte 1) abgerechnet haben (vgl. Spalte 11 der Häufigkeitsstatistik für die Arztgruppe)

Bei den Leistungsgruppen der Früherkennungsmaßnahmen und der Impfungen werden ab Spalte 5 keine Werte je Position gedruckt, da die entsprechenden Zahlen nur rein statistische Werte ohne Aussagekraft beinhalten.

Zusätzlich werden beim Wechsel der einzelnen Leistungsgruppen zwei Zeilen ausgegeben:

- Die erste Zeile ist eine Sternchen-Zeile, die von dem Text 'Leistungsgruppen nn' und der Kurzbezeichnung der Leistungsgruppe unterbrochen wird.
- Die zweite Zeile ist eine Summierung der Werte der GO-Nummern der vorangegangenen Leistungsgruppe. Sie enthält in:

Spalte 1: den Text 'SUMME', gefolgt von der Anzahl der verschiedenen GO-Nummern, die bei dieser Leistungsgruppe vorgekommen sind;

Spalte 2: die Gesamthäufigkeit der nachgewiesenen GO-Nummern;

Spalte 4: das Gesamtvolumen der nachgewiesenen GO-Nummern;

Spalte 7: durchschnittlicher Wert der GO-Nummern der jeweiligen Leistungsgruppe, umgerechnet auf einen Fall der entsprechenden Leistungsart.

Alle anderen Spalten bleiben leer.

Nach dem Ausdruck der Leistungsgruppen 01 bis 04, sowie 08 bis 12 mit den entsprechenden Summenzeilen werden nochmals zwei Summenzeilen für die Leistungsart 'Kurativ' gedruckt. Sie sind entsprechend den Summenzeilen der Leistungsgruppen aufgebaut.

## **A N L A G E 7**

### **zur Prüfungsvereinbarung**

#### **Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise**

#### **Häufigkeit der Überweisungen**

**(§ 11 Abs. 2 PV)**

<sup>1</sup>Die KVB-Bezirksstellen erfassen aus den Abrechnungsfällen bei Überweisungen (Vordruck Muster 6) zusätzlich zur Transparenz der Überweisungstätigkeit die Arzt-Nummer des überweisenden Vertragsarztes.

<sup>2</sup>Von den getätigten Überweisungen wird eine arztbezogene und fachgruppenbezogene Übersicht erstellt.

# **A N L A G E 8**

## **zur Prüfungsvereinbarung**

### **Prüfung auf der Grundlage von Stichproben**

### **Auswahl der einzubeziehenden Ärzte**

#### **(§ 17 PV)**

1. Die Auswahl der in die Stichprobenprüfung einzubeziehenden Ärzte erfolgt durch die KVB je KVB-Bezirksstelle nach dem Zufallsprinzip.
  
2. <sup>1</sup>Es werden mindestens 2 v. H. der Vertragsärzte je Bezirksstelle ausgewählt.  
<sup>2</sup>Die Vertragspartner gehen davon aus, daß 2 v. H. der Vertragsärzte ausreichend sind.
  
3. Die Auswahl erfolgt nach Arztgruppen differenziert, soweit der Prüfungsausschuß nicht nach objektiven Kriterien (z. B. Fachgruppe, Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung etc.) die Auswahl auf speziellere Gruppen beschränkt.

# ANLAGE 9

## zur Prüfungsvereinbarung

### Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise

#### Statistiken über die Ordnungsweise

(§ 13 Abs. 2 PV)

#### BESCHREIBUNG 'ARZNEIKOSTENSTATISTIK A'

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

Sie werden den Fallzahlen der bayerischen Vertragsärzte für bayerische 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 bayerische Regionalkassen gelten:

- die AOK Bayern
- die bayerischen Landwirtschaftlichen Krankenkassen
- die IKK Bayern
- die bayerischen Betriebskrankenkassen
- die Bundesknappschaft.

#### 1. Beschreibung der Spalten

Spalte 01: Kassenummer nach dem „Verzeichnis der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen“. Durch den VdAK/AEV wird im Zuge der Datenlieferung zur Arzneikostenstatistik eine VdAK/AEV-einheitliche Kassenummer geliefert.

Spalte 02: M = Mitglieder  
F = Familienversicherte  
R = Rentner  
G = Summe M, F, R  
IM = Impfstoffe  
p.c. = pro communitate = Sprechstundenbedarf  
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.  
Dabei werden nicht erfaßt:  
Nachtragsfälle und Früherkennungsfälle Männer, Frauen, Kinder.
- Spalte 04: Arzneikosten in DM.  
Bei M, F, R und G: Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf  
Bei p.c.: nur Sprechstundenbedarf  
Bei Su: Arzneikosten einschließlich Sprechstundenbedarf
- Spalte 05: Durchschnittliche Arzneikosten je Behandlungsfall des Vertragsarztes  
(Spalte 04 : Spalte 03)
- Spalte 06: Durchschnittliche Arzneikosten je Behandlungsfall der in Bayern tätigen  
Vertragsärzte der Vergleichsgruppe
- Spalte 07: Abweichung vom Vergleichswert in DM (Differenz zwischen Spalte 05  
und Spalte 06)
- Spalte 08: Abweichung vom Vergleichswert in % (Spalte 07 : Spalte 06 x 100)
- Spalte 09: Anzahl der Verordnungen

## 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 A wird nach Kassenarten getrennt in folgender Reihenfolge ausgedruckt:

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

#### **4. Gliederung innerhalb jeder Kassenart**

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

- a) Je Krankenkasse mit mindestens 16 Fällen in aufsteigender Reihenfolge der Krankenkassennummern.
- b) Für Krankenkassen mit höchstens 15 Fällen, zusammengefaßt unter der in Spalte 01 ausgedruckten Bezeichnung „Summe sonst.“
- c) Für alle in einer Kassenart aufgeführten Krankenkassen, zusammengefaßt unter der in Spalte 01 ausgedruckten Bezeichnung „Summe BKK“ usw.
- d) Für alle in der Arzneykostenstatistik A 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 Familienversicherte geschieht in folgender Weise:

##### Rechengang für gewichtete Abweichung ohne Sprechstundenbedarf:

- Die Durchschnitte je Fall in DM 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 Arzneykosten in DM (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 Arzneikostenstatistik des Vertragsarztes für das Vorjahresquartal wiederholt.

## BESCHREIBUNG ‘VERORDNUNGSSTATISTIK E’

In der **Verordnungsstatistik E** werden die Verordnungswerte aller bayerischen Vertragsärzte für Versicherte der bayerischen Regionalkassen und Ersatzkassen erfaßt.

Sie werden den Fallzahlen der bayerischen Vertragsärzte für bayerische 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 bayerische Regionalkassen gelten:

- die AOK Bayern
- die bayerischen Landwirtschaftlichen Krankenkassen
- die IKK Bayern
- die bayerischen Betriebskrankenkassen
- die Bundesknappschaft.

### 1. Beschreibung der Spalten

Spalte 01: Kassenummer nach dem „Verzeichnis der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen“. Durch den VdAK/AEV wird im Zuge der Datenlieferung zur Verordnungsstatistik eine VdAK/AEV-einheitliche Kassenummer 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 DM.  
Diese Verordnungskosten insgesamt werden nach der Zeile G unterteilt nach Verordnungskosten für
- Massagen
  - Bäder
  - Krankengymnastik
  - Sonstige Leistungen ausgewiesen.
- Die Unterteilung erfolgt nach der in den „Erläuterungen zu den Anlagen E - H“ festgelegten Zuordnung.  
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 DM (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 Krankenhaushfälle 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 x 100)
- 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 E wird nach Kassenarten getrennt in folgender Reihenfolge ausgedruckt:

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

## 4. Gliederung innerhalb jeder Kassenart

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

- a) Je Krankenkasse mit mindestens 16 Fällen in aufsteigender Reihenfolge der Krankenkassennummern.
- b) Für Krankenkassen mit höchstens 15 Fällen, zusammengefaßt unter der in Spalte 01 ausgedruckten Bezeichnung „Summe sonst.“.
- c) Für alle in einer Kassenart aufgeführten Krankenkassen, zusammengefaßt unter der in Spalte 01 ausgedruckten Bezeichnung „Summe AOK“ usw.
- d) Für alle in der Verordnungsstatistik E 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 DM 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 DM (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 E baldmöglichst vollständig zur Verfügung zu stellen.
3. Die Mitgliedskassen des VdAK/AEV liefern die Daten unter einer gemeinsamen und einheitlichen Kassenummer.
4. Die bayerischen Betriebskrankenkassen beabsichtigen, künftig alle Verordnungsdaten bayerischer Versicherter bundesweit zu erfassen und zu liefern.

# ANLAGE 10

## zur Prüfungsvereinbarung

### Verteiler von Statistiken

(§ 11 Abs. 2 und § 13 Abs. 2 PV)

#### Empfängerstellen

- der Gesamtübersichten
- der Häufigkeitsstatistiken
- der Statistiken über die Häufigkeit der Überweisungen nach Überweisungsausstellern
- der Statistiken über die Verordnungsweise\*:

1 x Vertragsarzt .....	Papierform
1 x zuständige KVB-Bezirksstelle .....	Papierform
1 x das für den Vertragsarztsitz zuständige Dienstleistungszentrum der AOK Bayern .....	Papierform
1 x BKK Landesverband Bayern.....	Papierform
1 x IKK Bayern.....	Papierform
1 x die für den Vertragsarztsitz zuständige Landwirtschaftliche Krankenkasse .....	Papierform
1 x Bundesknappschaft - Verwaltungsstelle München - .....	Papierform
1 x Ortsausschuß des VdAK/AEV .....	Papierform

\*) in der Form der „Wichtigen Information über Ihre Abrechnungs- und Verordnungs-  
werte“ nur für den Vertragsarzt

#### **Protokollnotiz:**

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, die Statistiken sobald als möglich auf Datenträgern auszutauschen.