

**PRÜFUNGSVEREINBARUNG**  
**vom 22.06.2006**  
**in der Form des 1. Nachtrags vom 24.05.2007**

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)

In Fortschreibung der Prüfungsvereinbarung vom 22.06.2006, veröffentlicht im Bayerischen Staatsanzeiger am 30.06.2006 und in Kraft getreten am 01.07.2006, vereinbaren die Vertragspartner mit diesem 1. Nachtrag folgende Änderungen der Prüfungsvereinbarung.

I. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

1. nach § 15 wird eingefügt:

„§ 15 a Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten je definierter Dosiereinheit.“

2. Nach dem Wort „Anlage 8“ werden die Worte „Verteiler von Statistiken“ durch die Worte „Statistik zu Durchschnittswerten je definierter Dosiereinheit“ ersetzt.

3. Die bisherige Anlage 8 („Verteiler von Statistiken“) wird zu Anlage 9.

II. § 5 Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„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).“

III. § 9 wird wie folgt neu gefasst:

1. Abs. 1 Nr. 3 erhält folgenden Wortlaut:

„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.“

2. In Abs. 1 werden die bisherige Nr. 3 zu Nr. 4 („des Sprechstundenbedarfs“) und Nr. 4 zu Nr. 5 („in sonstigen Fällen“).

3. In Absatz 2 Satz 1 wird der Satzteil „Abs. 1 Nrn. 1.1, 1.2 und 3“ durch „Abs. 1 Nrn. 1.1, 1.2 und 4“ ersetzt.

4. Absatz 4 Satz 1 wird der Satzteil „Abs. 1 Nrn. 1.2 und 3“ durch „Abs. 1 Nrn. 1.2 und 4“ ersetzt.

IV. § 10 wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 wird der Satzteil „§ 9 Absatz 1 Nrn. 1.1, 1.2, 2 und 3“ durch „§ 9 Absatz 1 Nrn. 1.1, 1.2, 2, 3 und 4“ ersetzt.

2. In Satz 2 wird nach Nummer 4 angefügt: „5. Soll-Ist-Vergleich“

V. § 11 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

1. Abs. 1 Satz 3 wird neu gefasst:

„Diese 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.“

2. Die bisherigen Sätze 3, 4, 5, 6, 7 bzw. 8 werden zu den Sätzen 4, 5, 6, 7, 8 bzw. 9.

VI. § 15 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 4 Satz 3 wird neu gefasst:

„Stellt sich in einem laufenden Verfahren heraus, dass die Anzahl der von einer Kassenart gelieferten Verordnungen oder Datensätze mit entsprechendem Inhalt nicht mindestens 20 % der Patienten, die mit Heilmitteln versorgt wurden, entspricht, so können weitere Verordnungen bzw. Datensätze durch diese Kassenart nachgereicht werden. In diesem Fall verständigt die Geschäftsstelle der Prüfungsgremien die betroffene Kassenart über die weiter benötigten Unterlagen.“

2. Die bisherigen Sätze 3, 4 und 5 werden zu den Sätzen 4, 5 und 6.

VII. Nach § 15 wird folgender § 15 a eingefügt:

#### **„§ 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.

VIII. Abschnitt „V Protokollnotizen“ wird wie folgt ergänzt:

1. Nach der Protokollnotiz zu § 14 Abs. 1 Satz 1 wird folgende Protokollnotiz zu § 15 eingefügt:

„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.“

- IX. In Anlage 6 zur Prüfungsvereinbarung wird jeweils nach den Worten
- „die Vereinigte IKK“ das Wort „(bundesweit)“ eingefügt.
- X. In Anlage 7 zur Prüfungsvereinbarung wird die Beschreibung zu Spalte 04 nach den Worten „... Kassenart und GKV“ wie folgt ergänzt:

„Für die Ausweisung des PC-Nettowerts bei den Kassenarten gilt:

Der Sprechstundenbedarf wird ausschließlich von der AOK geliefert. 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 Spalte 04 der jeweiligen Kasse bzw. Kassenart ausgewiesen.“

- XI. Anlage 8 zur Prüfungsvereinbarung erhält folgende Neufassung:

**„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.“

XII. Die bisherige Anlage 8 (Verteiler von Statistiken) wird zu Anlage 9.

XIII. Inkrafttreten

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

München, den 24.05.2007

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dr. med. Axel Munte  
Vorsitzender des Vorstandes

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

BKK Landesverband Bayern  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Knappschaft – Verwaltungs-  
stelle München  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Funktioneller Landesverband der  
Landwirtschaftlichen Krankenkassen  
und Pflegekassen in Bayern

Vereinigte IKK  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Verband der Angestellten-Kranken-  
kassen e. V.  
Landesvertretung Bayern  
Der Leiter der Landesvertretung