

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

**Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
(KV Nordrhein), Düsseldorf**

einerseits

und

**die AOK Rheinland, Düsseldorf,**

**der Landesverband der Betriebskrankenkassen  
Nordrhein-Westfalen, Essen,**

**die IKK Nordrhein, Bergisch Gladbach,**

**die Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,  
Düsseldorf,  
zugleich handelnd für die Krankenkasse für den  
Gartenbau, Kassel**

**die Bundesknappschaft, Bochum,**

**der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.  
(VdAK), Siegburg, und  
der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,  
Siegburg  
vertreten durch  
die VdAK-/AEV-Landesvertretung Nordrhein-  
Westfalen, Düsseldorf,**

- nachfolgend Verbände genannt -

andererseits

schließen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ver-  
tragsärztlichen Versorgung in

Nordrhein gemäß § 106 SGB V folgende

## Prüfvereinbarung

### Präambel

Die Vertragspartner haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.

Die Vertragspartner haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung der Versicherten hinzuwirken.

Der Konkretisierung dieses Wirtschaftlichkeitsgebotes dient die nachstehende Prüfvereinbarung, mit der die Vertragspartner zugleich folgende Ziele verfolgen:

- Vermeidung von Prüfverfahren durch gezielte Beratung der Ärzte,
- Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Effektivität der Prüfung durch Beschleunigung der Prüfungsverfahren und Konzentration auf gravierende Fälle.

### § 1

#### Gegenstand und Geltungsbereich

- (1) Diese Prüfvereinbarung regelt die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung. Sie findet Anwendung für die vertragsärztliche Tätigkeit der im Bereich der KV Nordrhein zugelassenen Ärzte (Vertragsärzte), Psychologischen Psychotherapeuten, der ermächtigten Ärzte und der ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen einschließlich der psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren sowie der Polikliniken der medizinischen Einrichtungen der Hochschulen. Ferner gilt die Vereinbarung für die Prüfung der im Krankenhaus erbrachten belegärztlichen Leistungen. Vertragsärzte im Sinne dieser Prüfvereinbarung sind alle zuvor genannten Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Einrichtungen.
- (2) Die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt gemeinsam durch die Krankenkassen und die KV Nordrhein. Die Krankenkassen können ihre Aufgaben, Rechte und Pflichten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ganz oder teilweise ihren Verbänden übertragen. § 219 SGB V bleibt hiervon unberührt. Die KV Nordrhein ist von einer solchen Übertragung und deren Umfang zu unterrichten.
- (3) Die Bestimmungen der Prüfvereinbarung sind verbindlich.

### § 2

#### Bildung, Geschäftsführung und Kosten der Prüfungseinrichtungen

- (1) Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung werden Prüfungsausschüsse bei jeder Bezirksstelle der KV Nordrhein in erforderlicher Zahl sowie bei den Bezirksstellen Aachen, Köln, Düsseldorf (für die Bezirke Düsseldorf, Linker Niederrhein, Bergisch-Land) und Essen (für die Bezirke Essen, Duisburg) je ein Beschwerdeausschuss gebildet.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- (2) Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sind gemeinsame Einrichtungen der Vertragspartner und tragen die Bezeichnung „Prüfungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ bzw. „Beschwerdeausschuss der Ärzte und Krankenkassen“.
- (3) Für jeden Ausschuss wird bei der KV Nordrhein zur Führung der laufenden Verwaltungsgeschäfte eine Geschäftsstelle errichtet.
- (4) Die Kosten der Geschäftsstelle und die sonstigen im Zusammenhang mit dem Tätigwerden der Ausschüsse anfallenden Verwaltungskosten werden von der KV Nordrhein und den Verbänden je zur Hälfte gemeinsam getragen; § 22 Abs. 2 bleibt unberührt. Zu den berechnungsfähigen Kosten zählen die anteiligen Personal-, Raum- und Sachkosten der Geschäftsstellen der Prüfungseinrichtungen sowie die Entschädigungen für Sachverständige/ Prüferreferenten (§ 19 Abs. 5). Die Verbände haben das Recht, die vorzulegende Kostenrechnung jährlich im Nachhinein zu prüfen oder überprüfen zu lassen. Der Kostenbeitrag der Verbände kann zur Vereinfachung der Abrechnung im Einvernehmen der Vertragspartner auch pauschaliert werden. Kostenerstattungen gemäß § 63 SGB X bzw. § 193 SGG tragen die Verbände sowie die KV Nordrhein je zur Hälfte.
- (5) Für die Erstellung und gegenseitige Übermittlung der nach dieser Vereinbarung vorgesehenen statistischen Unterlagen machen die Vertragspartner - soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist - gegenseitig keine Kosten geltend.
- (6) Die am Widerspruchs- und Sozialgerichtsverfahren beteiligten Vertragspartner bzw. ihre Mitgliedschaften verzichten untereinander auf die Geltendmachung von Ansprüchen auf Kostenerstattung nach § 63 SGB X und § 193 Abs. 1 SGG.
- (7) Fragen der Geschäftsführung, die nicht laufende Verwaltungsgeschäfte betreffen, sind einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern zu regeln.
- (3) Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre (Amtsperiode). Werden Mitglieder während einer laufenden Amtsperiode bestellt, endet ihre Mitgliedschaft mit dem Ende der laufenden Amtsperiode. Die Mitglieder bleiben nach Ablauf der Amtsperiode im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten. Die vorzeitige Entbindung eines Mitgliedes vom Amt durch die bestellende Körperschaft ist möglich.
- (4) Die Ausschüsse sind beschlussfähig, wenn mindestens je zwei Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen anwesend sind, wobei unter ihnen der Vorsitzende oder einer seiner Stellvertreter sein muss. In jedem Fall muss eine paritätische Besetzung gewährleistet sein. Sofern nicht ein Mitglied der überparitätisch repräsentierten Ausschussgruppe freiwillig auf das Stimmrecht verzichtet, wird das überzählige Mitglied durch Los ermittelt. Die Ausschüsse beschließen mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

## § 4

### Rechtsstellung der Ausschussmitglieder

- (1) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Ausschüsse üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei der Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden. Ihnen steht jederzeit das Recht der Einsichtnahme in die Akten der jeweiligen Prüfungseinrichtung zu, soweit sie als Vorsitzender oder Beisitzer mit den entsprechenden Fällen befasst sind.
- (2) Wer als Mitglied des Prüfungsausschusses tätig geworden ist, kann nicht in gleicher Sache als Mitglied des Beschwerdeausschusses tätig werden. Ein Mitglied darf bei Prüfung seiner eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit sowie der eines Angehörigen im Sinne des § 16 Abs. 5 SGB X nicht mitwirken.

Das gleiche gilt für Partner einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft und benachbarte Ärzte.

- (3) Vorbehaltlich abweichender Vereinbarungen erhalten die Mitglieder der Prüfungseinrichtungen Erstattung ihrer Auslagen sowie eine Entschädigung für Aufwand und Zeitverlust nach den für die Mitglieder der Organe der von ihnen vertretenen Körperschaften geltenden Grundsätzen; der Anspruch richtet sich gegen die Körperschaft, die sie bestellt hat.

## § 3

### Zusammensetzung, Amtsdauer, Beschlussfähigkeit

- (1) Den Ausschüssen gehören je vier Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen an.
- (2) Die Vertreter der Ärzte werden von der KV Nordrhein, die Vertreter der Krankenkassen werden von den Verbänden berufen und abberufen; dies gilt auch für die erforderliche Zahl der Stellvertreter.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

(4) Die Mitglieder der Prüfungseinrichtungen sowie sonstige Mitwirkende sind - auch nach Beendigung ihres Amtes - zur Verschwiegenheit über alle Tatsachen verpflichtet, die ihnen aus der Teilnahme an Prüfungsverfahren zur Kenntnis gekommen sind. Dies gilt insbesondere auch für die Beratung und die Abstimmung. Eine sachliche Berichterstattung über Erkenntnisse aus dem Verfahren gegenüber den entsendenden Körperschaften ist davon ausgenommen.

## § 5

### Vorsitz/Geschäftsstelle

- (1) Den Vorsitz in den Prüfungsgremien führt kalenderjährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte bzw. ein Vertreter der Krankenkassen. Die KV Nordrhein benennt aus dem Kreis der von ihr berufenen Mitglieder und Stellvertreter den Vorsitzenden und stellvertretende Vorsitzende in ausreichender Zahl; entsprechend verfahren die Verbände. Ist der Vorsitzende verhindert, so wird er jeweils von einem Stellvertreter seiner Gruppe vertreten.
- (2) Zu den Aufgaben des Vorsitzenden gehören neben der Sitzungsleitung insbesondere
  - a) die Festsetzung der Sitzungstermine, die Aufstellung der Tagesordnung sowie die Einladung zu Ausschusssitzungen,
  - b) die Information der am Prüfverfahren Beteiligten durch Übersendung von Kopien der Anträge, Widersprüche etc.,
  - c) die Beauftragung eines Sachverständigen/Prüfarztes zur Erstellung eines gutachtlichen Prüfberichts. Der ärztliche Berichtersteller sollte der gleichen Fachgruppe angehören wie der zu prüfende Arzt. Er kann entweder aus den Mitgliedern des jeweiligen Prüfungsausschusses bzw. des Beschwerdeausschusses ausgewählt werden oder aus einer nach Fachgruppen geordneten alphabetischen Liste von Prüferferenten in der Weise, dass nach der Reihenfolge auf der Liste für weitere Aufträge der jeweils nachfolgende Referent beauftragt wird. Die KV Nordrhein stellt für jeden Prüfungsausschuss und jeden Beschwerdeausschuss eine entsprechende Liste von Prüferferenten auf, die von den Krankenkassen um weitere Vertragsärzte erweitert werden kann.
- (3) Der Vorsitzende bedient sich bei der Durchführung seiner Aufgaben der Geschäftsstelle. Diese nimmt die Aufgaben nach Maßgabe der folgenden Vorschriften wahr.
- (4) Die Geschäftsstelle stimmt die Termine der Ausschusssitzungen sowie die Tagesordnung mit dem amtierenden Vorsitzenden ab. Anzahl und Zeitfolge der Sitzungen sollen dabei so festgelegt werden, dass Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit gemäß § 10 innerhalb von drei Monaten nach Beendigung des Abrechnungsquartals verhandelt werden und die Erstellung der Quartalsabrechnung termingerecht erfolgen kann.
- (5) Die Geschäftsstelle lädt die Ausschussmitglieder unter Bekanntgabe der Tagesordnung und Beifügung der erforderlichen Unterlagen im Auftrag des Vorsitzenden zu den Sitzungen ein. Art und Umfang der Unterlagen ergeben sich aus §§ 9, 13-15, 17 und 18. Kann ein Ausschussmitglied nicht selbst an der Sitzung teilnehmen, obliegt es ihm, Terminsladung und Unterlagen an seinen Stellvertreter weiterzuleiten.
- (6) Über Anträge auf Verlegung eines Verhandlungstermins entscheidet die Geschäftsstelle in Abstimmung mit dem Vorsitzenden. Sofern wiederholte Verlegungsanträge im selben Verfahren gestellt werden, entscheidet ab dem dritten Verlegungsantrag der Ausschuss.
- (7) Die Geschäftsstelle hat im Auftrag des Vorsitzenden alle für die Durchführung des Verfahrens erforderlichen Vorbereitungsmaßnahmen zu treffen.
- (8) Die Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse führen für jeden Vertragsarzt eine Prüfkarte, auf der die Besonderheiten der Praxis (z. B. med.-techn. Praxiseinrichtung, Angaben über die Zugehörigkeit zu einer Apparate- oder Laborgemeinschaft) und je Abrechnungsquartal die Maßnahmen der Prüfungseinrichtungen zu vermerken sind. Besonderheiten der Praxis sowie deren Änderung sollen der Geschäftsstelle vom Vertragsarzt zur Eintragung in die Unterlagen angezeigt werden. Die Krankenkassen, ihre Verbände sowie die von den Verbänden bezeichneten Stellen haben das Recht, die Unterlagen einzusehen und von ihnen Abschriften oder Ablichtungen zu fertigen.
- (9) Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle unterstützen die Arbeit der Ausschüsse; sie erteilen die erforderlichen Auskünfte, führen die Sitzungsprotokolle und formulieren nach erfolgter Beschlussfassung die schriftlichen Bescheide im Entwurf. Sie sind ferner für die unverzügliche Information der am Prüfungsverfahren Beteiligten über Anträge, die Übersendung angeforderter Referentenberichte, Widersprüche und deren Rücknahme, Stellungnahmen sowie für die Versendung bzw. Zustellung der Protokolle und Bescheide verantwortlich.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

## § 6

### Aufgaben der Prüfungsausschüsse

- (1) Die Prüfungsausschüsse prüfen
  - a) die Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit,
  - b) die Wirtschaftlichkeit und Zulässigkeit der Verordnungstätigkeit, hierzu gehören insbesondere Verordnungen von
    - aa) Arznei- und Verbandmitteln (Arzneiverordnungstätigkeit),
    - bb) Sprechstundenbedarf,
    - cc) Heilmitteln,
    - dd) Hilfsmitteln,
  - c) die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie die Häufigkeit und den Umfang sonstiger veranlasster Leistungen, insbesondere aufwendiger medizinisch-technischer Leistungen.
  - d) das Vorliegen eines Sonstigen Schadens.
- (2) Stellt der Prüfungsausschuss in der Abrechnung wesentliche Fehler oder Besonderheiten fest, die bei der rechnerischen und sachlichen Überprüfung zu beachten sind, so teilt er dies der zuständigen Bezirksstelle der KV Nordrhein mit. Das Verfahren wird ausgesetzt und ggf. nach Erteilung eines Bescheides über eine sachlich/rechnerische Berichtigung fortgeführt. Unabhängig davon können sachlich/rechnerische Fehler in der Abrechnung vom Prüfungsausschuss selbst richtiggestellt werden. Stellt der Prüfungsausschuss in der Abrechnung rechnerische und sachliche Fehler und sonstige Mängel in einem die Prüfung ausschließenden Umfang fest oder hat er begründete Zweifel an der Richtigkeit der Abrechnung, so weist er die Abrechnung mit entsprechender Begründung an die zuständige KV-Bezirksstelle zurück.
- (3) Ergeben sich aus Anlass eines Prüfverfahrens Tatsachen, die die Einleitung von außerhalb des Prüfverfahrens liegenden Maßnahmen angezeigt erscheinen lassen, so hat der Prüfungsausschuss die KV Nordrhein und die Verbände über seine Erkenntnisse zu unterrichten.

## § 7

### Aufgaben der Beschwerdeausschüsse

Die Beschwerdeausschüsse entscheiden über die Widersprüche gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse, sofern diese den Widersprüchen nicht abhelfen. Das Verfahren vor den Beschwerdeausschüssen gilt als Vorverfahren im Sinne des § 78 des Sozialgerichtsgesetzes. § 6 Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

## § 8

### Prüfungsarten und Antragsverfahren

- (1) Die Ausschüsse prüfen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch:
  1. Prüfung ärztlicher Leistungen (Behandlungstätigkeit) nach Durchschnittswerten,
  2. Prüfung der Verordnungstätigkeit bei Überschreitung vereinbarter Richtgrößen,
  3. Prüfung der Verordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten,
  4. Prüfung der Behandlungs- und Verordnungstätigkeit auf der Grundlage von Stichproben,
  5. Prüfung in besonderen Fällen.

Die unter 1. bis 4. genannten Prüfungen umfassen auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit sowie die Häufigkeit und den Umfang sonstiger veranlasster Leistungen, insbesondere aufwendiger medizinisch-technischer Leistungen.

In die Prüfungen sind auch die Leistungen einzubeziehen, die im Rahmen der Kostenerstattung vergütet worden sind.

- (2) Mit Ausnahme der in Abs. 1 Nr. 2 genannten Prüfungsart sowie der Prüfung der Arzneiverordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten (§ 13 Absätze 2 bis 8) werden die Ausschüsse auf schriftlichen Antrag tätig. Für die Antragsverfahren und die Fristen gelten die nachstehend für die jeweilige Prüfungsart getroffenen Regelungen. Die Anträge sind den Verfahrensbeteiligten, soweit sie nicht Antragsteller sind, insbesondere dem betroffenen Arzt, unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Dabei soll den Beteiligten mit einer mindestens zweiwöchigen Äußerungsfrist Gelegenheit zur Stellungnahme zum Prüfantrag gegeben werden. Ist dies in den Fällen des § 10 wegen der Terminfolge der Ausschusssitzungen im Hinblick auf die Durchführung der Prüfungen vor der quartalsbezogenen Festsetzung der Honoraransprüche nicht möglich, sind die Verfahrensbeteiligten darauf hinzuweisen, dass der Anspruch auf rechtliches Gehör durch Widerspruch gegen den Prüfungsbescheid im Abhilfeverfahren geltend gemacht werden kann.
- (3) Die Ausschüsse haben die Prüfung nach den im folgenden für die jeweilige Prüfungsart bestimmten Grundlagen (§§ 9 - 15) vorzunehmen.
- (4) Praxisbesonderheiten und kompensationsfähige Einsparungen sind wie folgt zu berücksichtigen:
  - a) Der Prüfungsausschuss hat beim statistischen Fallwertvergleich allen Praxisbesonderheiten nachzugehen, die aus den Unterlagen ersicht-

## A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- lich oder bekannt sind oder soweit sie vom überprüften Arzt konkret und nachvollziehbar geltend gemacht sind.
- b) Praxisbesonderheiten sind Gegebenheiten, die für den Fallwert des Arztes im überprüften Bereich ursächlich oder mitursächlich und durch den Patientenkreis des Arztes bedingt sind. Wird eine Praxisbesonderheit mit besonderen Kenntnissen oder Erfahrungen oder mit einer besonderen Praxisausstattung begründet, setzt die Anerkennung durch den Prüfungsausschuss die schlüssige Darlegung voraus, dass diese Besonderheiten zu einer entsprechenden Konzentration von Patienten geführt haben, die des Einsatzes dieser Besonderheiten bedürfen. Die Tatsache, dass die Mehrzahl der der Vergleichsgruppe angehörenden Ärzte eine bestimmte Leistung nicht abgerechnet hat, begründet für die übrigen Ärzte für sich allein noch nicht die Annahme einer Praxisbesonderheit.
- c) Kann sich der Prüfungsausschuss nicht davon überzeugen, dass die geltend gemachte Praxisbesonderheit die Anerkennung des erhöhten Fallwertes rechtfertigt, hat die Berücksichtigung zu unterbleiben. In der Beschlussbegründung ist darzulegen, welche Untersuchungen und Überlegungen die Prüfungseinrichtung angestellt hat und welche Gründe für die Ablehnung maßgebend gewesen sind.
- d) Gelangt der Prüfungsausschuss zu dem Ergebnis, dass zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten vorliegen, sind nach entsprechender Bewertung die hierdurch gegenüber dem Vergleichsgruppenn Durchschnitt notwendig bedingten Mehrkosten in Punkten zu bestimmen und auf den Fallwert derart umzurechnen, dass ein neuer bereinigter Fallwert gebildet und nur dieser mit dem Vergleichsgruppenfallwert verglichen wird. Dies gilt entsprechend für fachgruppentypische Leistungen, die der Arzt nicht erbringt.
- e) Lässt sich der Umfang der kostenmäßigen Auswirkungen einer Praxisbesonderheit nicht eindeutig beziffern, ist er zu schätzen. Der überprüfte Arzt kann insbesondere durch Vorlage zusätzlicher Unterlagen dazu beitragen, dass die kostenmäßigen Auswirkungen einer Praxisbesonderheit wirklichkeitsnah bestimmt oder geschätzt werden können.
- f) Der Prüfungsausschuss kann einer Praxisbesonderheit auch dadurch Rechnung tragen, dass er bestimmte Leistungen, die der überprüfte Arzt in erheblichem, den Fallwert beeinflussendem Umfang abgerechnet hat, in dem Umfang aus der Abrechnung des überprüften Arztes herausrechnet, der der anwenderspezifischen Überschreitung entspricht.
- (5) Der Prüfungsausschuss hat bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit die gesamte Tätigkeit des Arztes angemessen zu berücksichtigen. Bei dieser Gesamtbetrachtungsweise ist festzustellen, ob der Mehraufwand in einem Teilbereich der ärztlichen Tätigkeit in ursächlichem Zusammenhang durch Einsparungen in anderen Bereichen der vertragsärztlichen Behandlungs- und Verordnungstätigkeit ausgeglichen wird. Bei ursächlichem Zusammenhang ist auch ein Ausgleich in den einzelnen Leistungsbereichen der eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit anzuerkennen.
- (6) Arzt und Mitglieder des Prüfungsausschusses sollen zur Klärung der Frage zusammenwirken, ob zwischen den Mehraufwendungen im geprüften Bereich und den Minderaufwendungen in einem anderen Bereich ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Der Arzt kann den Nachweis der Ursächlichkeit durch Darlegungen anhand von Einzelfällen führen, sofern diese Einzelfälle für den Prüfgegenstand repräsentativ sind. Kann hiernach eine Ursächlichkeit nicht vermutet werden, geht der Prüfungsausschuss davon aus, dass ein kompensationsfähiger Minderaufwand nicht vorliegt.
- (7) Bei der Entscheidung über die Höhe einer festzusetzenden Honorarkürzung kann der Prüfungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen davon absehen, den vollen Betrag des unwirtschaftlichen Mehraufwandes zu erfassen.

### § 9

#### **Gliederung der Honorarforderungen für die Prüfung der Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten**

- (1) Die KV Nordrhein gliedert für jedes Abrechnungsquartal die sachlich und rechnerisch geprüften ärztlichen Leistungen in Gesamtübersichten vor Prüfung und in Frequenztabellen, die jeweils arztbezogen und vergleichsgruppenbezogen zu erstellen sind.
- (2) Die Gesamtübersichten vor Prüfung gliedern die Leistungen auf der Grundlage des EBM in die Leistungsbereiche ambulante ärztliche Behandlung und stationäre ärztliche Behandlung und in diesem Rahmen jeweils in die Leistungsarten kurative Behandlung, Mutterschaftsvorsorge, Früherkennungsuntersuchungen und Sonstige Hilfen. Die Leistungsart kurative Behandlung wird jeweils zusätzlich in folgenden Leistungssparten ausgewiesen:
- a) Pauschalierte Leistungen (Nrn. 1 - 5 EBM)
  - b) Besuche/Visiten (Nrn. 25 - 33 EBM)
  - c) Beratungs- und Betreuungsleistungen, Ganzkörperstatus (Nrn. 10 - 21 u. 60 EBM)

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- d) Verweilen, Konsilien, Mitteilungen, ambulante Operationen (Nrn. 40 - 51, 63 - 69, 72 - 79, 80 - 90 EBM)
- e) Sonderleistungen (übrige Nummern, die nicht in den anderen Abschnitten genannt sind, außer Nrn. 100 - 199)
- f) Physikalisch-medizinische Leistungen (Nrn. 501 - 566)
- g) Laborpauschalen (Nrn. 3450 - 3456 EBM)
- h) Röntgenleistungen/Radionuklide (Nrn. 5000 - 7071 EBM)
- i) Gesamtleistungen (ohne Kosten/Wegepauschalen)
- j) Wegepauschalen (ohne Besuche) Nrn. 7160 - 7181, 7234 - 7239 EBM)
- k) Kosten (Nrn. 7103 - 7152, 7200 - 7215 EBM sowie sonstige nicht durch den EBM berücksichtigte Sachkosten)
- l) Allgemeine Laboruntersuchungen (OI/OII) (Nrn. 3500 - 3890 EBM)
- m) Spezielle Laboruntersuchungen (OIII) (Nrn. 3901 - 4823 EBM)

Leistungen, die durch den Bewertungsausschuss nach § 87 SGB V neu in den Bewertungsmaßstab eingebracht werden, sind entsprechend ihrem Leistungsinhalt in die vorgenannten Leistungssparten einzuordnen.

- (3) Zu den Einzelposten der Abrechnungsgliederung nach Abs. 2 weisen die Gesamtübersichten aus:
  - 1. bezogen auf die Leistungsarten und Leistungsbereiche die Anzahl der zugehörigen Abrechnungsfälle, jeweils getrennt nach M, F, R, G und hinsichtlich der Leistungsart kurative Behandlung jeweils unter separater Angabe der Anzahl der Sekundärscheine (Überweisungen - außer Zuweisungen -, hiervon Notdienst- und Vertreterfälle jeweils als „Davon-Zahl“; ferner die Zahl der Zuweisungen); in den arztbezogenen Gesamtübersichten sind den vorgenannten Fallzahlen des einzelnen Arztes die durchschnittlichen Werte der Vergleichsgruppe unter Angabe der absoluten und prozentualen Abweichungen gegenüberzustellen;
  - 2. bezogen auf die Leistungsbereiche, Leistungsarten und Leistungssparten die Honoraranforderung in EBM-Punkten insgesamt und je Behandlungsfall; dabei werden für die Leistungsarten ambulante kurative Behandlung und stationäre kurative Behandlung und die zugehörigen Leistungssparten gewichtete Fallwerte ermittelt. Die Fallwertgewichtung ergibt sich aus der Division der absoluten Honoraranforderungen der vorgenannten Leistungsarten und -sparten durch die gewogenen Fallzahlen dieser Leistungsarten und -sparten.

Die jeweils gewogene Fallzahl ergibt sich durch Summation der gewogenen Mitgliederfallzahl, der gewogenen Familienangehörigenfallzahl und der gewogenen Rentnerfallzahl. Die jeweils gewogene Fallzahl der Mitglieder, Familienangehörigen und Rentner ergibt sich durch Multiplikation der entsprechenden Fallzahlen mit den entsprechenden Gewichtungsfaktoren. Der entsprechende Gewichtungsfaktor ergibt sich aus dem jeweiligen Quotienten der durchschnittlichen Honoraranforderung der Vergleichsgruppe für Mitglieder/Familienangehörige/Rentner pro Fall zu dem allgemeinen Durchschnitt pro Fall.

Für die sparten- bzw. gesamthonorarbezogene Punktzahlangebe werden die auf die Praxisbudgets, Zusatzbudgets sowie unbudgetiert zu vergütenden Leistungen (grün/gelb/rot) entfallenden Punktzahlanteile jeweils gesondert ausgewiesen;

- 3. in den arztbezogenen Gesamtübersichten als Vergleichsgrößen zu den Abrechnungswerten nach Nr. 2 die durchschnittlichen Honoraranforderungen in EBM-Punkten je Behandlungsfall bei der Vergleichsgruppe und die sich absolut und in Prozent ergebenden Abweichungen. Die jeweiligen Vergleichsgruppenwerte für die Leistungsbereiche, -arten und -sparten ergeben sich aus einem Anwendervergleich. Im Rahmen des Anwendervergleichs fließen in die Vergleichsgruppenwerte zu jeder einzelnen abgerechneten Leistung des Arztes nur die Abrechnungshäufigkeiten mit den zugrundeliegenden Fallzahlen derjenigen Ärzte der Vergleichsgruppe gemäß Anlage 1 ein, die die jeweilige Leistung ebenfalls abgerechnet haben. In dieser Weise erfolgt eine Summation der Einzelleistungswerte zu sparten-, arten- bzw. bereichsbezogenen Fallwerten. Leistungen, die der Arzt selbst nicht erbringt, bleiben bei der Berechnung des anwenderbezogenen Vergleichsgruppenschnitts unberücksichtigt;
  - 4. bezogen auf die Zahl der Überweisungen und Zuweisungen nach Nr. 1 die Arztnummern der überweisenden Ärzte mit der jeweils zugehörigen Anzahl an Überweisungs- bzw. Zuweisungsscheinen,
  - 5. die veranlassten Überweisungen/Zuweisungen in den Angaben entsprechend Nr. 4 sowie das zugehörige Honorarvolumen werden in besonderen Fällen (z. B. für das Beschwerdeverfahren) zur Verfügung gestellt.
- (4) Die Frequenztabellen weisen zusätzlich zur Angabe der Gesamtzahl der Ärzte innerhalb der Vergleichsgruppe aus:

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

1. die Zahl der abgerechneten einzelnen Leistungen absolut und bezogen auf 100 Behandlungsfälle. Hierbei wird die Abrechnungsfallzahl des jeweiligen Leistungsbereiches bzw. der jeweiligen Leistungsart zugrunde gelegt,
  2. bezogen auf die Werte nach Nr. 1 die durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit innerhalb der Vergleichsgruppe auf 100 Behandlungsfälle unter Zugrundelegung eines reinen Anwendervergleichs und die daraus resultierende prozentuale Abweichung zu den Abrechnungsfrequenzen nach Nr. 1,
  3. zu jeder Leistung die Anzahl der sie abrechnenden Ärzte aus der Vergleichsgruppe,
  4. in besonderen Fällen (z. B. für das Beschwerdeverfahren) Art und Häufigkeit der Leistungen, die als Folge von Überweisung oder Zuweisung des geprüften Arztes an andere Ärzte erbracht wurden.
- (5) Die Gesamtübersichten vor Prüfung und die Frequenztabellen sind bezogen auf die Prüf-Untergruppen gem. Anlage 1 und auf den gesamten Bereich der KV Nordrhein zu erstellen; sie bilden die Prüfgrundlage.
- (6) Die Einordnung der Ärzte in Vergleichsgruppen ergibt sich aus der Anlage 1. Bei Ärzten von gebietsverbindenden Gemeinschaftspraxen, die nach der Vergleichsgruppeneinordnung gemäß Anlage 1 übergreifend tätig sind, orientiert sich der statistische Fallwertvergleich an den Anteilen des jeweiligen Vergleichsgruppenschmittes. Entsprechendes gilt für Ärzte, die infolge einer Weiterbildung in mehreren Gebieten, Schwerpunkten oder Bereichen im Rahmen ihrer Zulassung oder Ermächtigung ein übergreifendes Leistungsspektrum anbieten, soweit diese ihren Niederschlag in Anlage 1 finden. Die Anteile der in die betreffenden Vergleichsgruppe fallenden Leistungen sind von den Ärzten anzugeben.

## § 10

### Auswahl zur Prüfung der ärztlichen Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten

- (1) Die KV Nordrhein stellt die in § 9 definierten arztbezogenen und vergleichsgruppenbezogenen Gesamtübersichten vor Prüfung sowie die Frequenztabellen den von den Verbänden benannten Stellen zur Verfügung.
- (2) Unverzüglich, spätestens 10 Tage nach Vorliegen der in Abs. 1 genannten Unterlagen, verständigen sich die KV Nordrhein und die Krankenkassen darüber, bei welchen Ärzten ein gemeinsamer Antrag auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Be-

handlungstätigkeit nach Durchschnittswerten gestellt wird. Ein gemeinsamer Prüfantrag soll – vorbehaltlich bekannter Praxisbesonderheiten oder ersichtlicher kausaler Einsparungen – in der Regel gestellt werden, wenn

- a) die Honorarforderung des einzelnen Arztes in den Leistungsarten ambulant-kurative oder stationär-kurative Behandlung den jeweiligen Vergleichsgruppenwert nach § 9 Abs. 3 Nr. 3 um mehr als 30 v. H. überschreitet,
- b) die Honorarforderung des einzelnen Arztes in den kurativen Leistungssparten den jeweiligen Vergleichsgruppenwert nach § 9 Abs. 3 Nr. 3 um mehr als 40 v. H. überschreitet.
- c) die relative Abrechnungsfrequenz des einzelnen Arztes bei einzelnen EBM-Leistungspositionen den Vergleichsgruppenwert nach § 9 Abs. 4 in einem Ausmaß von mehr als 100 v. H. überschreitet.

Die KV Nordrhein und die von den Verbänden benannten Stellen stimmen sich hierüber innerhalb der Frist ab. Die KV Nordrhein lädt zu dieser Abstimmung ein.

- (3) Kommt es nicht zu einer gemeinsamen Antragstellung, können die KV Nordrhein, die Krankenkassen, ihre Verbände oder die von den Verbänden benannten Stellen innerhalb von weiteren 2 Arbeitstagen nach Ablauf der in Abs. 2 genannten Frist eigenständige Prüfanträge stellen.

## § 11

### Durchführung der Prüfung der ärztlichen Behandlungstätigkeit

- (1) Ist ein Antrag nach § 10 gestellt, entscheidet der Prüfungsausschuss darüber, ob die Honorarabrechnung des Arztes den Grundsätzen einer wirtschaftlichen Behandlungstätigkeit entspricht. Die Prüfung erfasst die gesamte Abrechnung des Arztes; Anträge wirken zugunsten aller Kassen, zu deren Lasten der Arzt Leistungen abgerechnet hat.
- (2) Der Prüfungsausschuss hat vorrangig zu prüfen, ob gezielte schriftliche oder mündliche Beratungen des Arztes ausreichend erscheinen, um in Zukunft eine wirtschaftliche Behandlungstätigkeit zu sichern. Im Rahmen dieser Beurteilung ist zu berücksichtigen, ob Unwirtschaftlichkeit erstmals festgestellt wird.
- (3) Der Prüfungsausschuss kann eine auf einer Schätzung beruhende Kürzung der Honorarforderung vornehmen, wenn die durchschnittliche Honorarforderung des Arztes je Behandlungsfall in Leistungssparten den Durchschnittswert seiner Vergleichsgruppe in einem Umfang überschreitet, der

## A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

eine unwirtschaftliche Behandlungstätigkeit vermuten lässt, ohne dass bereits ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt, sich die Unwirtschaftlichkeit jedoch durch eine Prüfung anhand einer die Behandlungstätigkeit des Arztes genügend beleuchtenden Zahl von Beispielen aus der Abrechnung des Arztes nachweisen lässt (repräsentative Fallprüfung). Bei der Auswahl der repräsentativen Behandlungsfälle sind die statistischen Grundsätze eines einwandfreien Stichprobenverfahrens zu beachten. Insbesondere ist der statistische Fehler der kleinen Zahl zu berücksichtigen.

- (4) Steht die durchschnittliche Honorarforderung eines Arztes je Behandlungsfall in Leistungsarten oder Leistungssparten in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten seiner Vergleichsgruppe, kann der Prüfungsausschuss eine auf einer Schätzung beruhende pauschale Honorarkürzung ohne Angabe einer besonderen Begründung vornehmen, es sei denn, die Überschreitung nach Kürzung liegt unterhalb der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis. In diesem Fall ist die Schätzung besonders zu begründen.

Bei Ermessensentscheidungen muss die Begründung auch die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen der Prüfungsausschuss bei seiner Ermessensausübung ausgegangen ist.

- (5) Kürzungen sind auch dann zulässig, wenn die relativen Abrechnungsfrequenzen eines Arztes in einzelnen Leistungen die Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe erheblich übersteigen. Bei dieser Prüfung sind der Anteil der Ärzte, die die einzelnen Leistungen ebenfalls abrechnen, sowie die durchschnittliche Abrechnungsfrequenz der Leistungen bei diesen Ärzten zur Vergegenwärtigung der statistischen Aussagekraft der Durchschnittswerte zu berücksichtigen. Außerdem hat der Ausschuss unmittelbar zu prüfen, inwieweit bei anderen Leistungen kompensatorische Einsparungen vorliegen könnten. Kommt der Ausschuss zu dem Ergebnis, dass ein alleiniger statistischer Vergleich keine ausreichende Entscheidungsgrundlage darstellt, führt er in entsprechender Anwendung des Abs. 3 eine repräsentative Fallprüfung durch.

- (6) Kürzungen nach den Abs. 3 bis 5 sind nicht zulässig, soweit ein Mehraufwand gegenüber den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe des Arztes durch Besonderheiten seiner Praxis gerechtfertigt ist. Kürzungen nach Abs. 3 bis 5 sind auch insoweit nicht zulässig, als ein Mehraufwand durch Einsparungen bei anderen Leistungen im ursächlichen Zusammenhang ausgeglichen wird. Einsparungen und Praxisbesonderheiten sind vorbehaltlich der Regelung nach Abs. 5 nur insoweit

zu berücksichtigen, als sie aus der Abrechnung des Arztes erkennbar oder in anderer Weise feststellbar sind.

- (7) Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind unter Hinweis auf frühere Maßnahmen pauschale Honorarkürzungen auszusprechen (§ 106 Abs. 3 SGB V).
- (8) Kann der Prüfungsausschuss in Ausnahmefällen die Prüfung nicht vor dem Zeitpunkt der quartalsbezogenen Feststellung der Honoraranprüche abschließen, erhält der betroffene Arzt von der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses einen Zwischenbescheid und von der KV Nordrhein mit Erteilung des Honorarbescheides den ausdrücklichen Hinweis, dass die Höhe seines Honoraranpruchs erst mit der Entscheidung des Prüfungsausschusses feststehen wird und dass Zahlungen der KV Nordrhein bis zu diesem Zeitpunkt nur unter dem Vorbehalt der jederzeitigen Verrechnung mit Honorarkürzungen stehen.

### § 12

#### **Prüfung verordneter Leistungen bei Überschreitung vereinbarter Richtgrößen**

- (1) Als Grundlage einer kalenderjährlichbezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneiverordnungstätigkeit legt die Anlage 2 zur Prüfvereinbarung arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen verordneter Arznei- und Verbandmittel fest. Die Anlage 2 regelt ferner das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen.
- (2) Die Vereinbarung von arztgruppenspezifischen Richtgrößen für das Volumen verordneter Heilmittel und des Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung dieser Richtgrößen bleibt einer Regelung in Anlage 3 zur Prüfvereinbarung vorbehalten.

### § 13

#### **Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten**

- (1) Die Wirtschaftlichkeit der Verordnungen von Arznei- und Verbandmitteln (Arzneiverordnungstätigkeit), Heilmitteln und von Sprechstundenbedarf wird quartalsbezogen auf der Basis arztgruppenspezifischer Durchschnittswerte nach Maßgabe der dazu in den folgenden Absätzen getroffenen Regelungen geprüft.
- (2) Für die Prüfung der Arzneiverordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten werden arztgruppen-

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

spezifische statistische Erhebungen zugrundegelegt. Die Einordnung der Vertragsärzte in Arztgruppen entspricht derjenigen Arztgruppenspezifizierung, für die nach Anlage 2 der Prüfvereinbarung Richtgrößen vereinbart sind.

- (3) Die Verbände erheben – jeder Verband für seinen Kassenartbereich – quartalsbezogen für jeden Vertragsarzt die Kosten der verordneten Arznei- und Verbandmittel und übermitteln der KV Nordrhein als Ergebnis dieser Datenerhebung folgende Angaben:

- Arztnummer
- Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, jeweils unterteilt nach den Versichertenstati M, F, R und in der Gesamtangabe G
- Summe der Arzneimittelzuzahlungen, jeweils unterteilt nach den Versichertenstati M, F, R und in der Gesamtangabe G

Die Datenbereitstellung nach Satz 1 kann aus der Datenübermittlung gemäß § 3 Abs. 1 der Anlage 2 der Prüfvereinbarung abgedeckt werden.

- (4) Die KV Nordrhein führt die von den Verbänden nach Absatz 3 erhaltenen Daten arztbezogen zusammen und ergänzt die arztbezogene Datenerhebung ihrerseits um die Zahl der vom Vertragsarzt im jeweiligen Quartal abgerechneten Behandlungsfälle, jeweils unterteilt nach den Versichertenstati M, F, R und in der Gesamtangabe G sowie zusätzlich getrennt nach Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung einerseits und übrige Fallzahlen andererseits.

- (5) Aus den gemäß den Absätzen 3 und 4 arztbezogen zusammengeführten Daten erstellt die KV Nordrhein eine arzt- und quartalsbezogene „Arzneikostenstatistik Durchschnittswertprüfung.“ Die Statistik ist für den einzelnen Arzt auf den Aussagegehalt auszurichten, wie hoch in dem betreffenden Quartal die durchschnittlichen Bruttoverordnungs-kosten der maßgebenden Arztgruppe unter Zugrundelegung der Fallkostendurchschnitte sowie der Zahl und Versichertenstati-Verteilung der beim Arzt angetroffenen Behandlungsfälle (M-, F-, R-Gewichtung) sind und welche absolute sowie prozentuale Abweichung die Bruttoarzneiverordnungs-kosten des Vertragsarztes hierzu ausweisen. Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Bruttoverordnungs-kosten der Arztgruppe nach Satz 1 werden die Zahl der Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung nicht mit berücksichtigt. Den Aufbau und die Inhalte der „Arzneikostenstatistik Durchschnittswertprüfung“ stimmen die Vertragspartner im einzelnen ab. Die KV Nordrhein über-

mittelt den von den Verbänden benannten Stellen die arztbezogenen Arzneikostenstatistiken auf Datenträger.

- (6) Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneiverordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten erfolgt in der Regel von Amts wegen. Die Auswahl der durchzuführenden Prüfungen trifft der Prüfungsausschuss durch Beschlussfassung in einer Auswahl-sitzung auf der Grundlage einer ihm quartalsbezogen zur Verfügung gestellten Übersicht der arztbezogenen Überschreitungswerte nach der „Arzneikostenstatistik Durchschnittswertprüfung.“ Innerhalb von 2 Monaten nach Vorliegen der quartalsbezogen zur Verfügung gestellten Übersichten der arztbezogenen Überschreitungswerte nach der „Arzneikostenstatistik Durchschnittswertprüfung“ sind die Auswahlverfahren abzuschließen. Die Beschlüsse über die durchzuführenden Prüfverfahren werden den betroffenen Ärzten, der KV Nordrhein und den von den Verbänden benannten Stellen bekanntgegeben. In Ausnahmefällen kann die Durchführung weiterer Prüfverfahren durch einen zu begründenden Prüf-antrag bewirkt werden; der Prüfantrag kann von der KV Nordrhein oder einem nordrheinischen Verband der Krankenkassen bzw. der vom Verband dafür benannten Stelle innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der vom Prüfungsausschuss nach Satz 2 beschlossenen Auswahl gestellt werden.

- (7) Für die nach Absatz 6 in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte übermitteln die Verbände – jeder Verband für seinen Kassenartbereich – rezeptbezogene Datensätze aus dem Prüfzeitraum mit den in der Anlage 2 zur Prüfvereinbarung definierten Inhalten. Die KV Nordrhein führt die Datenlieferungen der Verbände arztbezogen zusammen und bereitet sie im weiteren zu Übersichten über Behandlungsfälle, Arzneimittelindikationsgruppen und verordnete Einzelmedikamente auf. Die KV Nordrhein stellt die Aufbereitungen dem zuständigen Prüfungsausschuss zur Verfügung. Die Aufbereitungen dienen dem Prüfungsausschuss als Grundlage der intellektuellen Würdigung der Arzneiverordnungstätigkeit im Rahmen der Prüfmethode des statistischen Kostenvergleichs. Die Datenlieferungen der Verbände und die daraus zusammengestellten Übersichten sollen die Verordnungen möglichst vollständig widerspiegeln; sie müssen aber zur Gewährleistung einer ausreichenden Repräsentativität im Mindestmaß 75 % der für den Vertragsarzt nach der „Arzneikostenstatistik Durchschnittswertprüfung“ zugrundeliegenden Verordnungs-kosten umfassen.

## A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- (8) Für ein Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneiverordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten werden ergänzend die elektronischen Abbilder der Arzneirezepte (Images) bzw. die Originalrezepte des Arztes hinzugezogen, wenn und soweit dies erforderlich ist, um zum Beispiel vom Arzt geltend gemachte Zweifel an den Aussagen der Übersichten nach Absatz 7 auszuräumen oder Praxisbesonderheiten feststellen zu können. Im übrigen sind die „Arzneikostenstatistik Durchschnittswertprüfung“ und die Übersichten nach Absatz 7 die prüfrelevanten Unterlagen.
- (9) Für die Prüfung der Verordnungen von Heilmitteln nach Durchschnittswerten erheben die Verbände - jeder Verband für seinen Kassenartbereich - quartalsbezogen für die Vertragsärzte, die Arztgruppen angehören, deren Behandlungsspektrum typischerweise die Verordnung von physiotherapeutischen Heilmitteln einschließt, folgende Angaben:
- Arztnummer
  - Summe der Bruttokosten der verordneten physiotherapeutischen Heilmittel, jeweils unterteilt nach den Versichertenstati M, F, R und in der Gesamtangabe G
  - Summe der Heilmittelzuzahlungen, jeweils unterteilt nach den Versichertenstati M, F, R und in der Gesamtangabe G
- Die Verbände übermitteln die erhobenen Daten an die KV Nordrhein. Die KV Nordrhein führt die erhaltenen Daten arztbezogen zusammen und ergänzt die arztbezogene Datenerhebung ihrerseits um die Zahl der vom Vertragsarzt im jeweiligen Quartal abgerechneten Behandlungsfälle, jeweils unterteilt nach den Versichertenstati M, F, R und in der Gesamtangabe G sowie zusätzlich getrennt nach Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung einerseits und übrige Fallzahlen andererseits. Aus den arztbezogen zusammengeführten Daten erstellt die KV Nordrhein eine arzt- und quartalsbezogene „Arztstatistik Durchschnittswertprüfung Physiotherapieverordnungen“. Absatz 5, Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend.
- (10) Die Prüfung der Verordnungen von Heilmitteln nach Durchschnittswerten durch den Prüfungsausschuss erfolgt auf Antrag eines Verbandes der Krankenkassen, einer vom Verband benannten Stelle oder der KV Nordrhein. Mehrere Antragsberechtigte können gemeinsame Prüfanträge stellen. Anträge können sich auf den Zeitraum der letzten vier abgelaufenen Quartale erstrecken, beginnend mit dem vorletzten Quartal vor der Antragstellung. Die Anträge sind zu begründen. Ferner sind die für die Prüfung notwendigen Unterlagen beizufügen (die Originalverordnungsblätter oder ersatzweise die Images mindestens im Umfang von zwei Dritteln des Verordnungskostenvolumens und in der Regel diesen zugeordnet die Nachweise der vom Vertragsarzt in den entsprechenden Behandlungsfällen abgerechneten ärztlichen Leistungen oder anstelle der Zuordnung maschinelle Auflistungen; außerdem können den Anträgen Auflistungen der in die Summenwerte gemäß Abs. 9 eingeflossenen Einzeldatensätze beigefügt werden). Bei fristgerecht gestelltem Antrag können die Unterlagen und die Begründung innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung nachgereicht werden.
- (11) Für die Prüfung der Verordnung von Sprechstundenbedarf nach Durchschnittswerten führen die Krankenkassen für jeden Arzt statistische Erhebungen über den Kostenaufwand dieses Verordnungsbereichs insgesamt und je Behandlungsfall (SSB-Statistik). Als Behandlungsfälle zur Berechnung des durchschnittlichen Fallkostenaufwands innerhalb der SSB-Statistik gelten alle vom Arzt für das jeweilige Quartal abgerechneten Behandlungsausweise einschließlich aller Überweisungen. Die statistischen Erhebungen haben einen Arztgruppenvergleich gemäß Anlage 1 mit Ausweisung der absoluten und prozentualen Fallwertabweichungen vorzusehen. Die statistischen Erhebungen sind der KV Nordrhein und den Verbänden zur Verfügung zu stellen. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Verordnungen von Sprechstundenbedarf nach Durchschnittswerten erfolgt auf Antrag der von den Verbänden mit der Kostenabwicklung für den Bereich des Sprechstundenbedarfs beauftragten Krankenkasse oder der KV Nordrhein. Prüfanträge sollen sich in der Regel auf vier aufeinanderfolgende Quartale beziehen. Die Prüfanträge sind zu begründen. Als für die Prüfung notwendige Unterlagen sind die zur Verordnung von Sprechstundenbedarf ausgestellten Verordnungsblätter vollständig beizubringen. Die Begründung und die Unterlagen können innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung nachgereicht werden.
- (12) Der Prüfungsausschuss soll vorrangig prüfen, ob eine gezielte individuelle Beratung des Arztes für die künftige Sicherung einer wirtschaftlichen Verordnungstätigkeit ausreichend erscheint. In diesem Rahmen ist zu berücksichtigen, wenn Unwirtschaftlichkeit in dem Verordnungsbereich erstmals festgestellt wird, es sei denn, ein besonders hohes Maß an Unwirtschaftlichkeit lässt eine Beratung nicht als angemessen erscheinen. Eine Beratung zur Arzneiverordnungstätigkeit erfolgt auf der Basis des § 16.
- (13) Hält der Prüfungsausschuss einen Regress für erforderlich, so hat er nach folgenden Grundsätzen

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

zu verfahren:

1. Er setzt einen auf einer Schätzung beruhenden Regress fest, wenn die durchschnittliche Höhe der Verordnungskosten des Arztes je Behandlungsfall den Durchschnittswert der Vergleichsgruppe in einem Umfang überschreitet, der Unwirtschaftlichkeit vermuten lässt, ohne dass bereits ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt und die Unwirtschaftlichkeit sich durch eine Prüfung anhand einer die Verordnungstätigkeit des Arztes genügend beleuchtenden Zahl von Beispielen nachweisen lässt (repräsentative Fallprüfung). § 11 Abs. 3 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
2. Steht die durchschnittliche Höhe der Verordnungskosten des Arztes je Behandlungsfall in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den entsprechenden Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe, setzt der Prüfungsausschuss einen auf Schätzung beruhenden Regress fest. Die Festsetzung von Regressen erfolgt unter Zugrundelegung von beim Arzt und bei der Vergleichsgruppe auf Nettobasis bereinigten Werten.
3. Regresse nach den Nrn. 1 und 2 sind nicht zulässig, soweit ein Mehraufwand durch Einsparungen bei anderen Leistungen in ursächlichem Zusammenhang ausgeglichen wird. Entsprechendes gilt, soweit ein Mehraufwand gegenüber den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe des Arztes durch Besonderheiten seiner Praxis gerechtfertigt ist. Einsparungen und Praxisbesonderheiten sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie aus den dem Prüfungsausschuss vorliegenden Unterlagen erkennbar oder in anderer Weise feststellbar sind.
4. Ergibt die Prüfung eine Unwirtschaftlichkeit nur in einzelnen Behandlungsfällen, beschränkt sich die Höhe des Regresses auf den tatsächlich festgestellten unwirtschaftlichen Mehraufwand in diesen Behandlungsfällen.

## § 14

### **Prüfung der Behandlungs- und Verordnungstätigkeit auf der Grundlage von Stichproben**

- (1) Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch arztbezogene Prüfung auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbeziehbaren Stichproben, die mindestens 2 v. H. der Ärzte je Quartal umfassen (§ 106 Abs. 2 Satz 1 SGBV), erstreckt sich auf die Gesamttätigkeit des Vertragsarztes im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Prüfungen sind, soweit dafür Veranlassung besteht,

- die medizinische Notwendigkeit der Leistung (Indikation),
- die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),
- die Übereinstimmung der Leistung mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien der Bundesausschüsse enthaltenen Vorgaben,
- die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel.

- (2) Sobald die vertragsärztlichen Abrechnungsunterlagen der KV Nordrhein für das anstehende Quartal vollständig vorliegen, wird durch ein von den Vertragspartnern abgestimmtes System für den Bereich der KV Nordrhein ermittelt, welche Ärzte in die Stichprobenprüfung einbezogen werden. Die Stichprobenziehung erfolgt getrennt nach den hierfür in Anlage 1 aufgelisteten Arztgruppen.
- (3) Für die in die Stichprobenprüfung einbezogenen Ärzte übermittelt die KV Nordrhein den Krankenkassen und die Krankenkassen der KV Nordrhein die in der Anlage X festgelegten Daten. Das Verfahren der Prüfung der Behandlungs- und Verordnungstätigkeit auf der Grundlage von Stichproben regelt die Anlage X.
- (4) Die KV Nordrhein und die Krankenkassen stimmen sich innerhalb von zwei Wochen nach gegenseitiger Übermittlung der in Anlage X aufgeführten Daten darüber ab, für welche Ärzte ein gemeinsamer Prüfantrag zu stellen ist. Kommt eine einvernehmliche Antragstellung nicht zustande, kann jede Seite innerhalb von 10 Tagen nach dem Auswahlgespräch einen eigenen Antrag auf Durchführung der Stichprobenprüfung stellen.

## § 15

### **Prüfung in besonderen Fällen**

- (1) Auf Antrag der Krankenkassen, ihrer Verbände, der von ihnen benannten Stellen oder der KV Nordrhein prüft der Prüfungsausschuss auch, ob der Vertragsarzt
  1. in Einzelfällen unwirtschaftliche Behandlungen abgerechnet hat,
  2. durch Veranlassung von Auftragsleistungen, Verordnung von Krankenhausbehandlung oder bei der Verordnung von Arbeitsruhe gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat,
  3. bei Verordnungen in ungerechtfertigter Weise Rechtsverordnungen oder Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen unbeachtet gelassen bzw. unwirtschaftliche Arz-

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- neimittelanwendungen (z. B. im Rahmen der Hä-mophiliebehandlung) veranlasst hat,
4. entgegen den vertraglichen Regelungen unzulä-sige Anforderungen von Sprechstundenbedarf vorgenommen hat,
  5. durch schuldhafte Verletzung vertragsärztlicher Pflichten einen sonstigen Schaden verursacht hat. (Zur Verfahrensabwicklung bei Schadensersatzansprüchen der Krankenkassen aufgrund unzutreffender Kostenträgerangabe durch Ver-tragsärzte auf Abrechnungs- oder Verord-nungsunterlagen findet die gesonderte diesbe-zügliche Vereinbarung Anwendung.)
- (2) Anträge nach Abs. 1 sind zu begründen und haben die Höhe der als unwirtschaftlich abgerechnet bzw. ungerechtfertigt veranlasst vermuteten Kosten an-zugeben. Vorbehaltlich abweichender Regelungen im Bundesmantelvertrag/Gesamtvertrag können in den Fällen des Abs. 1 Nr. 1 bis 4 Anträge in-nerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Abschluss des Quartals gestellt werden, in dem der vom An-trag erfasste Sachverhalt angefallen ist. Anträge nach Abs. 1 Nr. 5 können innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Ablauf des Quartals gestellt wer-den, in dem die Krankenkassen von der Entste-hung des Schadens und der Person des Ersatz-pflichtigen Kenntnis erlangt haben bzw. hätten er-langen können.
  - (3) Anträge nach Abs. 1 Nr. 1 bis 5 sind nur zulässig, so-weit der jeweilige gesamte für die Antragstellung ermittelte Schadensbetrag je Quartal/je Arzt min-destens 50,- DM bzw. ab 01.01.2002 25,00 Euro be-trägt, vorbehaltlich abweichender Regelungen im Bundesmantelvertrag/Gesamtvertrag.
  - (4) Hält der Prüfungsausschuss einen Antrag nach Abs. 1 für begründet, setzt er den vom Arzt zu lei-stenden Regressbetrag fest.

## § 16

### Beratung nach den Arzneimittel-Richtlinien

- (1) Die gezielte Beratung der Ärzte, die nach § 106 Abs. 5 SGB V weiteren Prüfungsmaßnahmen in der Regel vorangehen soll, dient dem Zweck, die Wirtschaftlichkeit und Zulässigkeit der ärztlichen Verordnungstätigkeit im Sinne der Arzneimittel-Richtlinien zu sichern.
- (2) Die Beratung über die wirtschaftliche Verord-nungstätigkeit in der vertragsärztlichen Versor-gung erfolgt in den in der Prüfvereinbarung ge-nannten Fällen oder auf Antrag der Krankenkas-sen, ihrer Verbände, der von ihnen benannten Stel-len oder der KV Nordrhein in einem individuellen

Beratungsgespräch mit dem betreffenden Arzt, welches im Auftrag des Prüfungs- und/oder Be-schwerdeausschusses ein Pharmakotherapiebera-ter der KV Nordrhein und eine von den Kranken-kassen gestellte Fachkraft führen. Die Beratung er-folgt auf der Grundlage einer arzneimittel- bzw. versichertenbezogenen Verordnungsanalyse und ist insbesondere auf

- Indikationsbezug der Verordnungen
- Preiswürdigkeit der verordneten Arzneimittel unter Berücksichtigung des therapeutischen Nut-zens
- Mehrfachverordnungen für pharmakologisch oder therapeutisch gleichsinnig wirkende Arzneimittel
- Verordnungsmengen, Verordnungsabstände, Ver-ordnungsumfang
- Wirtschaftlichkeit der Verordnungen im Einzel-fall

auszurichten. Über das Gespräch ist eine Niederschrift zu ferti-gen, die von den in Satz 1 genannten Beauftragten zu unterzeichnen und allen Beteiligten zur Verfü-gung zu stellen ist.

- (3) Nimmt der Arzt ein angebotenes Beratungsge-spräch nicht in Anspruch, entscheidet der Prüfungsausschuss über die Wirtschaftlichkeit der Verord-nungstätigkeit und eventuelle Prüfmaßnahmen.
- (4) Die Kosten für die Verordnungsanalysen und die Beratung nach Abs. 2 werden von den Vertrags-partnern (KV Nordrhein/Verbände) je zur Hälfte getragen.

## § 17

### Schriftliche Information der Ärzte über die Höhe ihrer Verordnungskosten

- (1) Die zuständigen Bezirksstellen der KV Nordrhein benachrichtigen die Ärzte über ihre Verordnungs-kosten für Arzneimittel und für physikalisch-therapeutische Leistungen (Heilmittel), indem sie ihnen die Arzneikosten-Statistiken und Heilmittel-Statistiken zu den quartalsmäßigen Abrechnungs-unterlagen beifügen.
- (2) Bei der Benachrichtigung der Ärzte über die Ko-sten der von ihnen veranlassten physikalisch-the-rapeutischen Leistungen (Heilmittel) ist zu berücksichtigen, inwieweit der einzelne Arzt und die Vergleichsgruppe nach Anlage 3 diese Leistun-gen durchschnittlich je Behandlungsfall selbst er-bracht haben.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

## § 18

### Ergänzende Daten der Krankenkassen

- (1) Soweit vorhanden, stellen die Krankenkassen der KV Nordrhein zusammen mit den entsprechenden Arztgruppendurchschnitten folgende arztbezogene Angaben zur Verfügung:
  - a) die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle insgesamt und bezogen auf 100 Behandlungsfälle der Mitglieder,
  - b) die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage insgesamt und im Durchschnitt je Arbeitsunfähigkeitsfall,
  - c) die Zahl und Dauer der Krankenhausfälle insgesamt und bezogen auf 100 Behandlungsfälle, differenziert nach M, F, R, G.
- (2) Soweit die in Abs. 1 bzw. in § 14 Abs. 4 genannten Daten nicht vorliegen, werden die betreffenden Krankenkassen alsbald die Voraussetzungen für deren Erfassung und Auswertung schaffen.

## § 19

### Verfahren vor den Prüfungsausschüssen

- (1) Das Verfahren vor den Prüfungsausschüssen ist grundsätzlich schriftlich. Die Sitzungen sind nicht öffentlich. An den Sitzungen nehmen die Ausschussmitglieder und Mitarbeiter der Geschäftsstelle teil. Den Ausschussmitgliedern sind die Verfahrensunterlagen (Gesamtübersicht vor Prüfung, Frequenztafel und ggf. Prüfbericht) möglichst eine Woche vor dem Sitzungstermin zuzustellen. Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle führen Protokoll über die Sitzung. Ferner können an der Sitzung medizinische und/oder juristische Berater der Ausschüsse teilnehmen. Die Prüfungsausschüsse können die Teilnahme der Verfahrensbeteiligten, insbesondere die persönliche Anhörung des Arztes beschließen. Bei Nichterscheinen des Geladenen kann ohne seine Anwesenheit entschieden werden, wenn in der Ladung darauf hingewiesen wurde. Eine Vertretung in der persönlichen Anhörung des Arztes ist ausgeschlossen; der Arzt darf jedoch einen Bevollmächtigten oder Beistand hinzuziehen.
- (2) Den Betroffenen ist Gelegenheit zu geben, innerhalb einer festzusetzenden Frist von mindestens zwei Wochen eine Stellungnahme zum Prüfungsantrag bzw. des von Amts wegen eingeleiteten Prüfungsverfahrens abzugeben. Wird im Fall des § 10 der betroffene Arzt nicht gleichzeitig mit der Bekanntgabe des Antrages um Stellungnahme gebeten, um die Entscheidung des Prüfungsausschusses noch bei der quartalsbezogenen Festsetzung des Honoraranspruchs berücksichtigen zu können, ist er darauf hinzuweisen, dass er seinen Anspruch auf rechtliches Gehör durch Widerspruch gegen den Prüfbescheid im Abhilfeverfahren geltend machen kann.
- (3) Die Verfahrensbeteiligten, insbesondere der Arzt, können ihre persönliche Anhörung - bei Prüfung der Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten jedoch erst im Widerspruchsverfahren - schriftlich mitteilen. Der betroffene Arzt kann sich durch einen Bevollmächtigten vertreten lassen und zur Verhandlung mit einem Beistand erscheinen.
- (4) Der Vorsitzende hat darauf hinzuwirken, dass der Sachverhalt ausreichend geklärt wird. Der Prüfungsausschuss erhebt die ihm erforderlich erscheinenden Beweise. Die der KV Nordrhein bzw. den Krankenkassen zur Verfügung stehenden weiteren Unterlagen sind dem Prüfungsausschuss auf Verlangen vorzulegen.
- (5) Zur Vorbereitung der Verhandlung können die Ausschüsse Sachverständige/ Prüferferenten mit der Erstellung von Prüfberichten beauftragen. Der Prüferferent trägt in der Regel in der Sitzung den Sachverhalt und seine gutachterliche Stellungnahme vor. Er hat sich vor dem Ausschuss nur zu dem ihm erteilten Auftrag zu äußern und gibt keinen Beschlussvorschlag ab. Auf Aufforderung durch den Vorsitzenden ist er verpflichtet, seine Einschätzung über den Umfang des unwirtschaftlichen Mehraufwands abzugeben. Den wesentlichen Inhalt seines Berichts legt er wenigstens in Stichworten - ggf. in einem Vordruck - schriftlich nieder. Der Bericht verbleibt bei den Akten des Prüfungsausschusses. Die Akten stehen den mit der jeweiligen Angelegenheit befassten Ausschussmitgliedern zur Einsicht zur Verfügung.
- (6) Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse entscheiden durch Beschluss. Der Beschluss ist in einem Bescheid zu begründen, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen. Der Bescheid ist möglichst innerhalb von sechs Wochen nach Beschlussfassung in je einem Exemplar
  - a) dem betroffenen Arzt,
  - b) der Bezirksstelle der KV Nordrhein mit je zusätzlich gesonderter Kopie nachrichtlich an die Hauptstelle der KV Nordrhein sowie bei Widerspruchsbescheiden an den zuständigen Prüfungsausschuss,
  - c) den von den Landesverbänden benannten Stellen, in den Fällen der §§ 13 Abs. 5 bzw. 15 den Antragstellern zuzustellen. Zusätzlich sind die Bescheide den Landesverbänden zu übermitteln, soweit diese nicht hierauf verzichten.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- (7) Über jede Sitzung des Prüfungsausschusses ist ein Protokoll anzufertigen, das die Namen der Sitzungsteilnehmer und die Beschlüsse wiedergibt. Das Protokoll ist vom Vorsitzenden zu unterzeichnen und den Ausschussmitgliedern innerhalb von sechs Wochen zu übersenden. Der Arzt, die KV Nordrhein, die Landesverbände und die von ihnen benannten Stellen erhalten auf Anforderung je eine Ausfertigung des Protokolls.
- (8) Sachvorträge von Ausschussmitgliedern sind auf deren Verlangen in die Niederschrift aufzunehmen.

## § 20

### Widerspruch und Abhilfeverfahren vor den Prüfungsausschüssen

- (1) Gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses können
- a) der betroffene Arzt,
  - b) die betroffenen Krankenkassen,
  - c) die betroffenen Verbände oder die von ihnen benannten Stellen,
  - d) die KV Nordrhein
- binnen eines Monats nach Zugang des Bescheides (§ 19 Abs. 6) Widerspruch einlegen.

Der Widerspruchsvorgang ist unmittelbar dem Beschwerdeausschuss weiterzuleiten.

Ausgenommen hiervon sind die Widersprüche, die bei Prüfungen der Behandlungstätigkeit nach Durchschnittswerten erhoben werden. In diesen Fällen wird das Abhilfeverfahren vor den Prüfungsausschüssen durchgeführt.

- (2) Für das Abhilfeverfahren vor den Prüfungsausschüssen gilt § 19 entsprechend. Im Fall des Widerspruchs fordert der Prüfungsausschuss von den benannten Stellen - soweit erforderlich - die Abrechnungsunterlagen an. Die Unterlagen sind innerhalb einer Frist von einem Monat nach Eingang der Anforderung vorzulegen. Erfolgt die Vorlage nicht oder nur teilweise innerhalb der gesetzten Frist, so entscheidet der Prüfungsausschuss nach Aktenlage. Liegen den Krankenkassen die Abrechnungsunterlagen bei Eingang der Anforderung noch nicht vor, beginnt die Frist erst mit Eingang der Abrechnungsunterlagen. In diesem Fall ist der Prüfungsausschuss unverzüglich zu unterrichten.
- (3) Der Prüfungsausschuss hilft dem Widerspruch ganz oder teilweise ab, wenn und soweit er ihn für begründet hält. Der Abhilfebescheid wird, soweit dem Widerspruch nur teilweise abgeholfen wird und der Widerspruchsführer sich hiermit nicht einverstanden erklärt, Gegenstand des Widerspruchsverfahrens vor dem Beschwerdeausschuss. Wird

durch den Abhilfebescheid ein anderer Beteiligter beschwert, so können

- a) der betroffene Arzt,
- b) die betroffenen Krankenkassen,
- c) die betroffenen Verbände oder die von ihnen benannten Stellen,
- d) die KV Nordrhein

binnen eines Monats nach Zugang des Bescheides der Abhilfe widersprechen. Der Widerspruchsvorgang ist in diesem Fall an den Beschwerdeausschuss weiterzuleiten.

## § 21

### Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

- (1) Der Beschwerdeausschuss entscheidet über den Widerspruch aufgrund mündlicher Verhandlung. Der Vorsitzende bestimmt den Termin, zu dem die in § 20 Abs. 1 Bezeichneten mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu laden sind. Die Beteiligten sind darauf hinzuweisen, dass auch im Falle ihres Ausbleibens verhandelt und entschieden werden kann.
- (2) Liegt aus dem Vorverfahren vor dem Prüfungsausschuss bereits eine zu den Akten genommene Stellungnahme eines Sachverständigen/Prüferferenten vor, soll der Beschwerdeausschuss eine weitere Stellungnahme eines anderen Sachverständigen/Prüferferenten nur anfordern, soweit er dies zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts für zweckdienlich erachtet. Die Entscheidung trifft der Vorsitzende im Rahmen seiner Verantwortung für die Sachaufklärung und Beweiserhebung.
- (3) Im übrigen gelten die Bestimmungen über das Verfahren vor den Prüfungsausschüssen entsprechend mit der Maßgabe, dass
- a) die Ladungen zu den Sitzungen des Beschwerdeausschusses gemäß Abs. 1 und die Beschwerdebescheide den Verbänden oder den von ihnen benannten Stellen in zweifacher Ausfertigung zugestellt und
  - b) den Ausschussmitgliedern innerhalb der in Abs. 1 genannten Frist mit der Ladung die Tagesordnung und die Sitzungsunterlagen zur Verfügung gestellt werden.
- (4) Im sozialgerichtlichen Verfahren wird der Beschwerdeausschuss durch den amtierenden Vorsitzenden vertreten. Für die Wahrnehmung von Gerichtsterminen kann dieser Vollmacht erteilen.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

## § 22

### Inkrafttreten, Übergangsregelung, Kündigung

- (1) Diese Prüfvereinbarung tritt am 01.01.2001 in Kraft.
- (2) Der Kostenanteil der Ersatzkassen nach § 2 Abs. 4 und § 16 Abs. 5 wird bis auf weiteres nach § 25 Abs. 3 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag abgegolten.
- (3) Die Entschädigung für die von den Verbänden der Ersatzkassen berufenen Ausschussmitglieder zahlt die KV Nordrhein; sie wird in gleicher Höhe wie die für die von der KV Nordrhein berufenen Mitglieder geleistet.
- (4) Diese Prüfvereinbarung kann mit sechsmonatiger Kündigungsfrist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Prüfvereinbarung gilt diese Vereinbarung weiter.

### Schlussbestimmung

Um eine Verwirklichung der in der Präambel zu dieser Prüfvereinbarung beschriebenen Ziele zu gewährleisten, bilden die Vertragspartner einen Beratungsausschuss, der aus Vertretern der Verbände und der KV Nordrhein besteht. Dieser Beratungsausschuss tritt in der Regel 2 x pro Jahr, zusätzlich bedarfsweise auf Antrag der Verbände und/oder der KV Nordrhein innerhalb von 6 Wochen nach Antragstellung, zusammen und hat die Aufgabe, die Umsetzung dieser Vereinbarung zu begleiten, Fehlentwicklungen zu verhindern oder abzustellen und zu einer Verbesserung der Qualität des Prüfverfahrens beizutragen. Hierzu beobachtet er auch die statistische Aufbereitung, um sie erforderlichenfalls fortzuentwickeln.

*Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
(KV Nordrhein), Düsseldorf  
gez. Leonhard Hansen  
Vorsitzender des Vorstandes  
Düsseldorf, den 26.01.2001*

*AOK Rheinland, Düsseldorf  
gez. Wilfried Jacobs  
Vorsitzender des Vorstandes  
Düsseldorf, den 21.02.2001*

*Landesverband der Betriebskrankenkassen  
Nordrhein-Westfalen, Essen  
gez. Hoffmann  
Vorstandsvorsitzender  
Essen, den 06.03.2001*

*IKK Nordrhein, Bergisch-Gladbach  
gez. Benno Schlichtebrede  
Mitglied des Vorstands  
Bergisch-Gladbach, den 12.03.2001*

*Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,  
Düsseldorf,  
zugleich handelnd für die Krankenkasse  
für den Gartenbau, Kassel  
gez. Döge  
Geschäftsführer  
Düsseldorf, den 20.03.2001*

*Bundesknappschaft, Bochum  
gez. Koch  
Abteilungsleiter  
Bochum, den 28.03.2001*

*Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK),  
Siegburg,  
der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,  
Siegburg,  
jeweils vertreten durch  
die VdAK/AEV-Landesvertretung Nordrhein-  
Westfalen, Düsseldorf  
gez. Mudra  
Düsseldorf, den 04.04.2001*

## Anlage 1 zur Prüfvereinbarung (01.01.2001)

### Arztgruppe UG Definition

#### Arztuntergruppe (UG)

#### 01 = Anästhesisten

1 = Vertragsärzte (VÄ), die überwiegend\* (> 50%) Narkoseleistungen nach den Zuschlagsnummern 90,186 und/oder 194 EBM erbringen

\* = Summe der Abrechnungshäufigkeiten der Zuschläge nach den Nrn. 90,186 und/oder 194 EBM x 100 : Summe der Fallzahl kurativ + SoHi > 50

2 = VÄ, die nicht der UG 1 zugeordnet werden können

3 = Beteiligte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

#### 04 = Augenärzte

1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 82 ff. EBM und/oder Leistungen nach den Nrn.

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

9633, 9634 und 9635 mit insgesamt mindestens 3 Ansätzen je 100 Fälle, sofern nicht UG 3

2 = VÄ mit Sehschulbehandlung nach den Nrn. 1222 und/oder 1223 EBM, sofern nicht UG 3

3 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 82 ff EBM und/oder Leistungen nach den Nrn. 9633, 9634 und 9635 mit insgesamt mindestens 3 Ansätzen je 100 Fälle und mit Sehschulbehandlung nach den Nrn. 1222 und/oder 1223 EBM

4 = übrige VÄ, die nicht den UG 1, 2, 3 oder 5 zugeordnet werden können

5 = Belegärzte

6 = Bet./erm. Krankenhausärzte

## 07 = Chirurgen

1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 80 ff. EBM mit mehr als 15 Leistungsansätzen je 100 kurative Fälle, sofern nicht UG 2, 4 oder 6

2 = VÄ, die überwiegend proktologisch tätig sind, d.h. VÄ, die die Leistungen nach den Nrn. 370 bis 374, 2740, 2741, 2742, 2745, 2746, 2750 und/oder 2751 EBM in einer Häufigkeit von mehr als 50 auf je 100 Behandlungsfälle erbringen, sofern nicht UG 3, 4 oder 6

3 = übrige VÄ, die nicht den UGen 1, 2, 4 oder 6 zugeordnet werden können

4 = Belegärzte, sofern nicht UG 6

5 = Bet./erm. Krankenhausärzte

6 = onkologisch verantwortlich tätige Ärzte, die die Leistungen nach Nrn. 8652, 8654 und/oder 8655 mit einer Häufigkeit von mehr als 2 auf 100 kurative Behandlungsfälle erbringen

## 10 = Gynäkologen

1 = VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs (in Punkten) der Leistungen nach Nrn. 114, 115, 124 - 136, 138, 155, 168, 174 u. 176 sowie der Kapitel O III, P u. Q EBM mehr als 40 % der für die Bereiche kurativ (ohne Kosten/Wegepauschalen), Mutterschaftsvorsorge, Früherkennungsuntersuchungen und Sonstige Hilfen insgesamt angeforderten Punktzahl überschreitet, sofern nicht UG 5.

2 = VÄ, deren angeforderte Summe (Pz) an Zuschlägen für amb. Operationen nach den Nrn. 80 ff., 111, 113, 188 und/oder 198 EBM mehr als 5% des Leistungsbedarfs gesamt beträgt, sofern nicht UG 1 oder 5

3 = übrige VÄ, sofern nicht UG 1, 2, 4 oder UG 5

4 = Bet./erm. Krankenhausärzte

5 = onkologisch verantwortlich tätige Ärzte, die die Leistungen nach Nrn. 8652, 8654 und/oder 8655 mit einer Häufigkeit von mehr als 2 auf 100 kurative Behandlungsfälle erbringen

## 13 = HNO-Ärzte

1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 82 ff. EBM, sofern nicht UG 3, 5 oder 6

2 = VÄ mit Sonographien und/oder Röntgenleistungen, sofern nicht UG 3, 5 oder 6

3 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 82 ff. EBM sowie Sonographien und/oder Röntgenleistungen

4 = übrige VÄ, sofern nicht UG 1, 2, 3, 5 oder 6

5 = VÄ, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 346, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen vor Budgetierung beträgt

6 = Belegärzte

7 = Bet./erm. Krankenhausärzte

## 16 = Dermatologen

1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach den Zuschlagsnummern 81 ff. EBM in einer Häufigkeit von mehr als 3 je 100 Behandlungsfälle, sofern nicht UG 2

2 = VÄ, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 346, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen vor Budgetierung beträgt

3 = übrige VÄ, soweit nicht UG 1 oder 2

4 = Bet./erm. Krankenhausärzte

## 19 = Internisten

1 = VÄ, die keiner der nachfolgenden Gruppen zuzuordnen sind

2 = VÄ mit Röntgenleistungen sowie Sonographie (Nrn. 378 bis 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spiropgraphischen Untersuchungen (Nrn. 691, 700 und/oder 715 EBM) und Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM), sofern nicht UG 6, 7, 8, A, B oder C

# AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

- 3 = VÄ ohne Röntgenleistungen, jedoch mit Sonographie (Nrn. 378 bis 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nrn. 691, 700 und/oder 715 EBM) und Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM), sofern nicht UG 6, 7, 8, A, B oder C
- 4 = VÄ mit Röntgenleistungen sowie Sonographie (Nrn. 378 bis 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nrn. 691, 700 und/oder 715 EBM) und Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM) sowie mit einer oder mehreren der folgenden Leistungen
- Langzeit-EKG (Nrn. 606 und 608/609 EBM)
  - direktionalen Doppleruntersuchungen (Nrn. 671, 680 EBM)
  - echokardiographischen Untersuchungen (Nrn. 614, 616, 617 oder 618 EBM)
- sofern nicht UG 6, 7, 8, A, B oder C
- 5 = VÄ ohne Röntgenleistungen, jedoch mit Sonographie (Nrn. 378 bis 389 EBM), endoskopischen Leistungen (Nrn. 741 und/oder 746 sowie 755, 760, 763, 764 und/oder 2634 EBM), spiographischen Untersuchungen (Nrn. 691, 700 und/oder 715 EBM) und Belastungs-EKG (Nr. 604 EBM) sowie mit einer oder mehreren der folgenden Leistungen
- Langzeit-EKG (Nrn. 606 und 608/609 EBM)
  - direktionalen Doppleruntersuchungen (Nrn. 671, 680 EBM)
  - echokardiographischen Untersuchungen (Nrn. 614, 616, 617 oder 618 EBM)
- sofern nicht UG 6, 7, 8, A, B oder C
- 6 = Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Kardiologie (früher: Teilgebiet „Kardiologie“)
- 7 = Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie (früher: Teilgebiet „Gastroenterologie“)
- 8 = Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie (früher: Teilgebiet „Rheumatologie“)
- 9 = Bet./erm. Krankenhausärzte
- A = onkologisch verantwortlich tätige Ärzte, die die Leistungen nach den

Nrn. 8652, 8654 und/oder 8655 in einer Häufigkeit von mehr als 2 auf 100 kurative Behandlungsfälle erbringen

B = fachärztl. tätige VÄ der FG 19, sofern nicht UG 6, 7, 8, A oder C

C = Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Nephrologie, (früher Teilgebiet „Nephrologie“)

Zusatz: Internisten (19) mit Schwerpunktbezeichnung Pneumologie siehe Fachgruppe 29 UG 1 oder 2

## 23 = Kinderärzte

1 = Vertragsärzte, sofern nicht UG 2 oder 3

2 = VÄ, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 346, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen vor Budgetierung beträgt, sofern nicht UG 3

3 = fachärztlich tätige VÄ der FG 23

4 = Bet./erm. Krankenhausärzte

## 26 = Laborärzte

1 = VÄ, bei denen die Summe der Leistungen nach den Nrn. 155, 168, 4900 bis 4986 EBM je 100 Behandlungsfälle kurativ + SoHi + Früherkennung 50 übersteigt

2 = übrige Vertragsärzte

3 = Bet./erm. Krankenhausärzte

## 29 = Lungenärzte

1 = Lungenärzte und Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Pneumologie, sofern nicht UG 2 oder 3

2 = Lungenärzte und Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Pneumologie, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 346, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen vor Budgetierung beträgt, sofern nicht UG 3

3 = Bet./erm. Krankenhausärzte

## 35 = MKG- Chirurgen

1 = Vertragsärzte

2 = Bet./erm. Krankenhausärzte

## 38 = Nervenärzte

1 = Nervenärzte, Ärzte für Neurologie und Psychiatrie

2 = Ärzte für Neurologie

3 = Ärzte für Psychiatrie

4 = VÄ der FG 38 mit überwiegend\* psychotherapeutischer Tätigkeit nach Kapitel G IV EBM

# A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- \* = Anteil > 50% des Leistungsbedarfs  
Sonderleistungen
- 5 = VÄ der FG 38, die überwiegend\*  
elektroneurophysiologische Leistungen  
nach den Nrn. 802 bis 806 (EEG)  
und/oder 809 bis 811 (EMG) EBM er-  
bringen
- \* = Anteil > 50% des Leistungsbedarfs  
Sonderleistungen
- 6 = Bet./erm. Krankenhausärzte mit  
überwiegend\* psychotherapeutischer  
Tätigkeit nach Kapitel G IV EBM
- \* = Anteil > 50% des Leistungsbedarfs  
Sonderleistungen
- 7 = Bet./erm. Krankenhausärzte, die  
überwiegend\* elektroneurophysiolo-  
gische Leistungen nach den Nrn. 802  
bis 806 (EEG) und/oder 809 bis 811  
(EMG) EBM erbringen
- \* = Anteil > 50% des Leistungsbedarfs  
Sonderleistungen
- 8 = übrige Krankenhausärzte, sofern nicht  
UG 6 oder UG 7
- 9 = Kinder- und Jugendpsychiater
- 41 = Neurochirurgen**
  - 1 = Vertragsärzte
  - 2 = Bet./erm. Krankenhausärzte
- 44 = Orthopäden**
  - 1 = Vertragsärzte, sofern nicht UG 2 oder 3
  - 2 = Vertragsärzte mit ambulantem Ope-  
rieren nach den Zuschlagsnummern  
85 ff. und/oder Belegärzte
  - 3 = Bet./erm. Krankenhausärzte
- 47 = Pathologen**
  - 1 = VÄ, deren angeforderte Punktzahl  
für Leistungen aus Kapitel P I EBM  
mehr als 50% der angeforderten  
Punktzahl für Sonderleistungen be-  
trägt
  - 2 = übrige VÄ, sofern nicht UG 1
  - 3 = Bet./erm. Krankenhausärzte
- 50 = Psychotherapeuten**
  - 1
- 53 = Radiologen**
  - 1 = VÄ ohne CT, MRT, Gamma-Kamera  
oder DSA und ohne Strahlentherapie  
nach Kap. T III bis T V EBM
  - 2 = VÄ mit CT, Gamma-Kamera, DSA  
und/oder MRT, jedoch ohne Strah-  
lentherapie nach Kap. T III bis T V  
EBM
  - 3 = VÄ ohne CT, MRT, Gamma-Kamera  
oder DSA, jedoch mit Strahlenthera-  
pie nach Kap. T III bis T V EBM
  - 4 = VÄ mit CT, Gamma-Kamera, DSA  
und/oder MRT sowie mit Strah-  
lentherapie nach Kap. T III bis T V
- EBM
- 5 = Bet./erm. Krankenhausärzte
- 56 = Urologen**
  - 1 = VÄ mit ambulantem Operieren nach  
den Zuschlagsnummern 80 ff. und/  
oder 184 EBM mit einer Häufigkeit  
von mehr als 7 auf je 100 Fälle kurativ  
+ SoHi, sofern nicht UG 4
  - 2 = übrige VÄ, sofern nicht UG 1, 3 oder  
UG 4
  - 3 = Bet./erm. Krankenhausärzte
  - 4 = onkologisch verantwortlich tätige  
Ärzte, die die Leistungen nach den  
Nrn. 8652, 8654 und/oder 8655 mit ei-  
ner Häufigkeit von mehr als 2 auf 100  
kurative Behandlungsfälle erbringen
- 59 = Nuklearmediziner**
  - 1
- 63 = Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin**
  - 1
- 69 = n.ä. Verhaltenstherapeuten**
  - 1
- 70 = n.ä. Psychotherapeuten**
  - 1
- 71 = Psychagogen**
  - 1
- 73 = für Früherkennung ermächtigte Ärzte**
  - 1
- 74 = Universitätspolikliniken Krankenhäuser/Institute**
  - 0 = Abrechnung der in Krhs. behandelten  
Notfälle bei Anspruchsberechtigten  
der Primär- und Ersatzkassen
  - 1 = Abrechnung von in Krhs. ausgeführ-  
ten ärztlichen Sachleistungen zu La-  
sten der Primär- und Ersatzkassen
  - 2 = Abrechnung der „Sonderkranken-  
häuser“, die nach EBM abrechnen
  - 3 = Abrechnung der Zentrumsdialyse  
durch Dialysezentren
  - 4 = nicht belegt
  - 5 = Abrechnung der Heimdialyse durch  
Ärzte in Dialysezentren
- 75 = Notfallärzte**
  - 0
- 80-89 = Allgemeinmediziner / Prakt. Ärzte / Ärzte**
  - 1 = VÄ der FG 80-89, die keine der nach-  
folgend aufgeführten Leistungsblöcke  
erbringen, sofern nicht UG 8 oder 9
  - 2 = VÄ der FG 80-89, die einen der nach-  
folgend aufgeführten Leistungsblöcke  
erbringen, sofern nicht UG 8 oder 9
  - 3 = VÄ der FG 80-89, die zwei der nach-  
folgend aufgeführten Leistungsblöcke  
erbringen, sofern nicht UG 8 oder 9
  - 4 = VÄ der FG 80-89, die drei der nach-  
folgend aufgeführten Leistungsblöcke  
erbringen, sofern nicht UG 8 oder 9

# AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

- 5 = VÄ der FG 80-89, die vier der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8 oder 9
- 6 = VÄ der FG 80-89, die fünf der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8 oder 9
- 7 = VÄ der FG 80-89, die sechs oder mehr der nachfolgend aufgeführten Leistungsblöcke erbringen, sofern nicht UG 8 oder 9
- 8 = VÄ der FG 80-89, die überwiegend allergologisch tätig sind, d.h. VÄ, deren Summe des Leistungsbedarfs nach den Nrn. 345, 346, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 357, 358 und/oder 359 EBM mindestens 40% der Sonderleistungen beträgt, sofern nicht UG 9
- 9 = fachärztlich tätige VÄ der Fachgruppe 80-89
- A - Sonographische Untersuchungen (Nrn. 375, 376, 377, 378, 381, 384 und/oder 389 EBM) oder direktionale Ultraschall-doppler-Untersuchungen (Nrn. 671, 680 EBM)
- B - Spirographische Untersuchungen (Nrn. 691 ff. EBM)
- C - Endoskopische Leistungen (Nr. 741 ff. EBM) und/oder Rektoskopie (Nr. 755)
- D - Belastungs-EKG (Nr. 604) und Langzeit-EKG nach den Nrn. 606 und 608/609
- E - Schrittmacherkontrolle (Nr. 620 EBM) und/oder Echokardiographie (Nrn. 614, 616, 617 oder 618 EBM)
- F - Chirurgische Leistungen mit Op-Zuschlägen nach den Nrn. 80 ff. EBM
- G - Röntgenleistungen

Untergruppe „0“ gilt für „nur Notfälle abrechnende Ärzte“ je Fachgruppe

## Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

- einerseits -  
und

die AOK Rheinland -  
Die Gesundheitskasse, Düsseldorf,  
der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen, Essen,  
die IKK Nordrhein, Bergisch Gladbach,  
die Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,  
Düsseldorf,

die Bundesknappschaft Bochum,  
der VdAK/AEV,  
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf,

- andererseits -

schließen folgende

## Vereinbarung über Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel 2001

A

I.

### Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen

Die Anlage 2 zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom **01.01.2001** folgende Fassung:

#### § 1

##### Ermittlung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Für die Bildung arztgruppenbezogener Richtgrößen wird der Betrag von **4.100.167.014,33 DM** festgesetzt. Der Betrag bildet das (Brutto-) Ausgabenvolumen und schließt demgemäß den Apothekenrabatt sowie die gesetzlichen Versicherungszahlungen ein. Das Ausgabenvolumen für Sprechstundenbedarf wird für die Bildung arztgruppenbezogener Richtgrößen nicht berücksichtigt. Die Berechnung ergibt sich aus der Übersicht in Anlage A.
- (2) Das (Brutto-) Ausgabenvolumen nach Absatz 1 wird entsprechend den jeweiligen (Brutto-) Verordnungskostenanteilen der einzelnen Arztgruppen gemäß der von der KV Nordrhein erhobenen Zahlenbasis der Quartale I/99 bis IV/99 - getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten - auf die Arztgruppen aufgeteilt. Diese Kostenanteile werden durch die zugehörigen Behandlungsfallzahlen, wiederum getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten, dividiert. Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung werden bei den Behandlungsfallzahlen nicht mitberücksichtigt. Die Berechnungsergebnisse bilden die Richtgrößen gemäß Anlage B.