

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.

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

Information der Vertragsärzte

- (1) Zur kontinuierlichen Frühinformation der KV Nordrhein über die in ihrem Bereich veranlassten Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel übermitteln die Krankenkassen bzw. ihre Verbände die vorläufigen Verordnungskosten mit folgenden Einzelangaben:

- Arztnummer
- Summe der (Brutto-) Verordnungskosten
- Summe der Zuzahlungen und
- Anzahl der Verordnungsblätter

bis Ende der 12. Kalenderwoche nach Ablauf des Quartals als vorläufige Summenwerte je Vertragsarzt, getrennt nach M, F und R. Die Verbände der Krankenkassen haben - jeder Verband für seinen Kassenartbereich - bis zum Ende der 8. Kalenderwoche nach Ablauf des Quartals zu erklären, ob der Datenlieferungstermin eingehalten wird.

- (2) Sofern die – oder einzelne – nordrheinische(n) Verbände der Krankenkassen nicht in der Lage sind, den Termin für die Datenlieferung einzuhalten, können die betreffenden Verordnungskosten für Arznei- und Verbandmittel direkt von den Apotheken-Rechenzentren bezogen werden. Der Auftrag zur Datenlieferung durch die Apotheken-Rechenzentren wird vom jeweiligen Verband der Krankenkassen erteilt. Die Kosten trägt der jeweilige Verband.
- (3) Die Daten nach Absatz 1 dienen in erster Linie dazu, den Vertragsärzten Informationen über das Kostenvolumen ihrer Verordnungstätigkeit im Vergleich zur Richtgrößensumme zu geben. Die Richtgrößensumme wird unter Zugrundelegung der Fallzahlen des Arztes im betreffenden Quartal ermittelt; dabei werden Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung nicht mitberücksichtigt. Die Informationen sollen den Vertragsärzten Orientierung in dem Bemühen geben, Überschreitungen der Richtgrößen zu vermeiden bzw. auszugleichen. Die Vertragspartner verständigen sich auf eine standardisierte Informationsunterlage für die nordrheinischen Vertragsärzte.

§ 3

Feststellung des quartalsbezogenen Verordnungsvolumens sowie der Richtgrößensumme

- (1) Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände übermitteln der KV Nordrhein spätestens bis zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Mo-

nats - nach Ergänzung zum Beispiel um die von außerbereichlichen Apotheken-Rechenzentren abgerechneten Kosten - das endgültige Verordnungsvolumen mit folgenden Einzelangaben, soweit es von dem nach § 2 erhobenen Verordnungsvolumen abweicht:

- Arztnummer
- Summe der (Brutto-) Verordnungskosten
- Summe der Zuzahlungen und
- Anzahl der Verordnungsblätter

Die Daten werden getrennt nach M, F und R übermittelt. Den Satzaufbau für die Datenlieferung nach § 2 und § 3 legt die Anlage C fest. Bei einer Datenlieferung nach § 2 werden die für diese Lieferung nicht benötigten Felder mit Nullen belegt.

- (2) Die Richtgrößensumme des einzelnen Arztes ergibt sich aus der Addition der Richtgrößenvolumina des AKV- und des KVdR-Bereiches. Die Richtgrößenvolumina des AKV- und KVdR-Bereiches resultieren aus der vorangegangenen Multiplikation der jeweiligen Richtgröße mit der jeweiligen Fallzahl des Arztes im AKV- bzw. KVdR-Bereich. § 2 Abs. 3 Satz 2 gilt entsprechend.
- (3) Für jedes Quartal übermittelt die KV Nordrhein den von den Verbänden der Krankenkassen genannten Stellen auf Datenträger eine arztbezogene Übersicht über die (Brutto-) Verordnungskosten insgesamt, die abgerechneten Fallzahlen – getrennt nach AKV- und KVdR-Bereich sowie zusätzlich getrennt nach Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung einerseits und übrige Fallzahlen andererseits – und die Richtgrößensummen für alle in dem Quartal abrechnenden Ärzte.

§ 4

Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreiten der Richtgrößen

- (1) Ein Prüfverfahren von Amts wegen wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes innerhalb des Kalenderjahres – die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 05 % überschreitet. Ein Verfahren zur Prüfung eines Pauschalregresses wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 15% überschreitet. Der Prüfungsausschuss kann auf die Durchführung des Prüfverfahrens verzichten, wenn aufgrund der vorliegenden Daten davon auszugehen ist, dass die Überschreitungen der Richtgrößensumme um mehr als 5 % durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

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) Zum Zwecke der Auswertung für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der KV Nordrhein spätestens bis zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene Übersicht über die Struktur der Arzneiverordnungen des betreffenden Arztes. Die Inhalte und Strukturierung der Übersicht stimmen die Vertragspartner ab.
- (3) Für die Durchführung der Prüfverfahren stellt die KV Nordrhein dem Prüfungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen folgende Daten zur Verfügung:
- Arztnummer
 - Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen
 - Behandlungsfallzahlen gemäß § 3 Abs. 2, getrennt nach Allgemeinversicherten und Rentnern sowie in der Gesamtzusammenfassung
 - die ermittelten Richtgrößensummen
 - die veranlassten Ausgaben des Arztes brutto und netto
 - die von den Krankenkassen bzw. den Verbänden der Krankenkassen nach Absatz 2 erhaltenen Übersichten
- (4) Für ein Prüfverfahren 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 Übersicht nach Absatz 3 auszuräumen oder
 - Praxisbesonderheiten feststellen zu können.

Im übrigen sind die Unterlagen nach Absatz 3 die prüfrelevanten Unterlagen.

§ 5 Praxisbesonderheiten

- (1) Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind Praxisbesonderheiten nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5 zu berücksichtigen.
- (2) Abweichend vom üblichen Grundsatz (Absatz 4) obliegt die Beweislast für die Anerkennung als Praxisbesonderheit bei den in Absatz 3 genannten Indikationen nicht dem betreffenden Arzt; der Prüfungsausschuss hat die darauf entfallenden Verordnungskosten vielmehr regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die unter Berücksichtigung der Aspekte des Preises und der Verordnungsmenge wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Der Prüfungsausschuss hat hierzu Feststellungen zu treffen und im Prüfbescheid darzulegen.
- (3) Indikationen nach Absatz 2 sind:
- Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase
 - Hormonelle Behandlung und In-vitro-Fertilisation bei Sterilität nach strenger Indikationsstellung
 - Interferon-Therapie bei schubförmig verlaufender bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten
 - Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, auch in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln
 - Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
 - Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
 - Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen
 - Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenen hypophysärem Minderwuchs
 - Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitungen
 - Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen einschließlich deren Begleiterkrankungen
 - Insulin-Therapie bei insulinpflichtigen Diabetes mellitus
 - Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen
 - Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
 - Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
 - Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika
 - Schmerztherapie mit Opioiden
 - Therapie des Morbus Crohn mit Infliximab
- (4) Andere Praxisbesonderheiten sind – soweit objektivierbar – zu berücksichtigen, wenn der Arzt nachweist, dass er der Art und der Anzahl nach besondere von der Arztgruppentypik abweichende Erkrankungen behandelt hat und hierdurch not-

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

wendige Mehrkosten entstanden. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die Höhe der hierdurch bedingten Mehrkosten begrenzt. Die schlüssige Darlegung dieser Praxisbesonderheiten obliegt dem zu prüfenden Arzt.

- (5) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Arzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Praxisbesonderheiten darzulegen. Für Praxisbesonderheiten nach den Absätzen 2 und 3 hat der Arzt anzugeben, bei welchen Patienten über welche Zeiträume Arzneitherapien aus den betreffenden Indikationsgebieten angewandt wurden. Für vom Arzt gesehene Praxisbesonderheiten im Sinne des Absatzes 4 hat der betreffende Arzt darzulegen, aufgrund welcher besonderen, der Art und der Anzahl nach von der Typik in der Arztgruppe abweichenden Erkrankungen
- welche von der Typik abweichende Arzneitherapien
 - mit welcher geschätzten Mehrkostenhöhe je Behandlungsfall
- erforderlich wurden.

§ 6

Entscheidungen des Prüfungsausschusses

- (1) Für Richtgrößenüberschreitungen von mehr als 15 %, die nicht durch Praxisbesonderheiten begründet sind, setzt der Prüfungsausschuss den sich daraus ergebenden Mehraufwand als pauschalen Regress fest. Die vom Prüfungsausschuss anerkannten Praxisbesonderheiten sind im Prüfbescheid zu definieren; die vom Prüfungsausschuss zugrunde gelegte sachliche Begründung sowie die Kosten- bzw. Mehrkostenberechnung für anerkannte Praxisbesonderheiten ist ebenfalls darzulegen.
- (2) Die Festsetzung des Regressbetrages erfolgt unter Zugrundelegung auf Nettobasis bereinigter Werte für das Verordnungsvolumen des Arztes einerseits und für die Richtgrößensumme andererseits. Hierzu werden von den (Brutto-) Verordnungskosten des Arztes die Rabatte gemäß § 130 SGB V (5 %) sowie die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert.
- (3) Regressfestsetzungen auf einen verbleibenden Verordnungsumfang, der unterhalb einer Richtgrößenüberschreitung von 15 % liegt, können durch eine sogenannte Einzelfallprüfung mit Hochrechnung (s. BSG Urteil vom 8. April 1992, Az. 6 Rka 27/90) erfolgen. § 11 Absatz 3 Satz 2 der Prüfvereinbarung gilt entsprechend.
- (4) Im übrigen gelten für die Durchführung der Prüfverfahren die Regelungen der Prüfvereinbarung.

§ 7

Anpassung der Richtgrößen

Bei einer Anschlussvereinbarung zur Höhe der Richtgrößen wird das (Brutto-) Ausgabenvolumen um die (Brutto-) Verordnungskosten bereinigt, die auf Arzneiverordnungen aus den in § 5 Abs. 3 aufgelisteten Indikationsgebieten entfallen. Die Vertragspartner verständigen sich auf die dafür vorzunehmenden Datenauswertungen. Sie stimmen überdies im grundsätzlichen darin überein, die Anpassung der Richtgrößen am Maßstab einer bedarfsgerechten, dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden sowie zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung sowie am Grundsatz der Beitragssatzstabilität auszurichten.

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

*AOK Rheinland, Düsseldorf
gez. Wilfried Jakobs
Vorsitzender des Vorstands
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*

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

*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 A zur Richtgrößen-
vereinbarung 2001**

3.918.086.333,78 DM	(Nettoarzneibudget 1999 lt. Budgetvertrag 99)
./.	218.000.000,00 DM (Kontenart 436; keine Zuzahlung; kein Apothekenrabatt, lt. Angabe Kassen)
3.700.086.333,78 DM	(Zwischensumme, berechnet)
+	411.778.172,58 DM (Summe aller Zuzahlungen 99 lt. Datenlieferung Quartalsbilanzen 99 - Korrekturlieferung)
4.111.864.506,36 DM	(Bruttoniveau ohne Apothekenrabatt, berechnet)
+	216.407.428,97 DM (Apothekenrabatt: Nettobasis dividiert durch 95, multipliziert mit 5)
4.328.271.935,33 DM	(Bruttoniveau, berechnet)
./.	228.104.921,00 DM (216,7 Mio. DM SSB netto plus Apothekenrabatt lt. Angaben Kassen)
4.100.167.014,33 DM	(Brutto) Richtgrößen Arznei (ohne SSB), berechnet

**Anlage B
zur Richtgrößenvereinbarung 2001**

Versichertenart Richtgröße 2001

Anästhesisten Fachgruppe 01, Untergruppe:		
1	AV	6,75 DM
1	RV	41,00 DM
2	AV	65,56 DM
2	RV	132,01 DM
3	AV	221,86 DM
3	RV	332,13 DM

**Augenärzte
Fachgruppe 04,
Untergruppe:**

1	AV	11,31 DM
1	RV	22,86 DM
2	AV	8,63 DM
2	RV	20,65 DM
3	AV	12,42 DM
3	RV	23,91 DM
4	AV	8,25 DM
4	RV	19,05 DM
5	AV	9,61 DM
5	RV	23,60 DM
6	AV	12,19 DM
6	RV	10,60 DM

**Chirurgen
Fachgruppe 07,
Untergruppe:**

0	AV	4,15 DM
0	RV	2,18 DM
1	AV	9,70 DM
1	RV	24,17 DM
2	AV	16,24 DM
2	RV	16,56 DM
3	AV	10,28 DM
3	RV	26,17 DM
4	AV	5,32 DM
4	RV	10,53 DM
5	AV	16,09 DM
5	RV	24,50 DM

**Gynäkologen
Fachgruppe 10,
Untergruppe:**

0	AV	21,49 DM
0	RV	35,13 DM
1	AV	37,09 DM
1	RV	45,25 DM
2	AV	23,98 DM
2	RV	43,92 DM
3	AV	27,15 DM
3	RV	42,41 DM
4	AV	260,62 DM
4	RV	914,85 DM
5	AV	387,41 DM
5	RV	788,42 DM

**HNO-Ärzte
Fachgruppe 13,
Untergruppe:**

1	AV	19,81 DM
1	RV	16,16 DM
2	AV	18,80 DM
2	RV	13,89 DM
3	AV	20,69 DM
3	RV	16,69 DM
4	AV	15,57 DM
4	RV	11,83 DM
5	AV	37,21 DM

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

5	RV	22,12 DM
6	AV	19,13 DM
6	RV	15,84 DM
7	AV	29,93 DM
7	RV	16,06 DM

**Dermatologen
Fachgruppe 16,
Untergruppe:**

1	AV	30,05 DM
1	RV	38,04 DM
2	AV	36,95 DM
2	RV	41,58 DM
3	AV	38,55 DM
3	RV	44,39 DM
4	AV	81,91 DM
4	RV	103,22 DM

**Internisten
Fachgruppe 19,
Untergruppe:**

0	AV	154,88 DM
0	RV	366,20 DM
1	AV	102,99 DM
1	RV	255,76 DM
2	AV	99,86 DM
2	RV	243,90 DM
3	AV	110,88 DM
3	RV	247,28 DM
4	AV	108,78 DM
4	RV	248,23 DM
5	AV	93,97 DM
5	RV	242,07 DM
6	AV	48,88 DM
6	RV	63,96 DM
7	AV	160,44 DM
7	RV	218,02 DM
8	AV	117,22 DM
8	RV	185,12 DM
9	AV	354,55 DM
9	RV	388,55 DM
A	AV	1.117,34 DM
A	RV	1.405,19 DM
B	AV	145,43 DM
B	RV	302,73 DM
C	AV	398,74 DM
C	RV	924,24 DM

**Kinderärzte
Fachgruppe 23,
Untergruppe:**

1	AV	38,10 DM
1	RV	55,36 DM
2	AV	40,12 DM
2	RV	71,46 DM
3	AV	100,01 DM
3	RV	541,32 DM
4	AV	179,43 DM
4	RV	310,27 DM

**Laborärzte
Fachgruppe 26,
Untergruppe:**

0	AV	16,89 DM
0	RV	6,03 DM
1	AV	2.340,70 DM
1	RV	4.925,52 DM
3	AV	2,54 DM
3	RV	0,84 DM

**Lungenärzte
Fachgruppe 29,
Untergruppe:**

1	AV	127,40 DM
1	RV	184,44 DM
2	AV	148,00 DM
2	RV	214,11 DM
3	AV	312,44 DM
3	RV	225,62 DM

**MKG Chirurgen
Fachgruppe 35,
Untergruppe:**

1	AV	7,70 DM
1	RV	8,56 DM
2	AV	16,95 DM
2	RV	11,38 DM

**Nervenärzte
Fachgruppe 38,
Untergruppe:**

0	AV	8,77 DM
0	RV	15,22 DM
1	AV	124,62 DM
1	RV	174,51 DM
2	AV	109,89 DM
2	RV	146,63 DM
3	AV	103,08 DM
3	RV	155,13 DM
4	AV	58,42 DM
4	RV	148,94 DM
5	AV	87,94 DM
5	RV	142,84 DM
6	AV	12,34 DM
6	RV	40,35 DM
7	AV	370,46 DM
7	RV	474,89 DM
8	AV	390,38 DM
8	RV	346,40 DM
9	AV	17,70 DM
9	RV	82,85 DM

**Neurochirurgen
Fachgruppe 41,
Untergruppe:**

1	AV	37,04 DM
1	RV	66,28 DM
2	AV	2,58 DM
2	RV	0,29 DM

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

**Orthopäden
Fachgruppe 44,
Untergruppe:**

0	AV	5,47 DM
0	RV	13,71 DM
1	AV	6,90 DM
1	RV	17,61 DM
2	AV	8,72 DM
2	RV	21,22 DM
3	AV	17,42 DM
3	RV	13,64 DM

**Pathologen
Fachgruppe 47,
Untergruppe:**

1	AV	0,94 DM
1	RV	1,11 DM

**Psychotherapeuten
Fachgruppe 50,
Untergruppe:**

1	AV	9,35 DM
1	RV	26,62 DM

**Radiologen
Fachgruppe 53,
Untergruppe:**

1	AV	26,72 DM
1	RV	92,64 DM
2	AV	1,52 DM
2	RV	0,84 DM
3	AV	11,69 DM
3	RV	10,96 DM
4	AV	59,77 DM
4	RV	105,99 DM
5	AV	113,78 DM
5	RV	274,87 DM

**Urologen
Fachgruppe 56,
Untergruppe:**

1	AV	48,85 DM
1	RV	136,05 DM
2	AV	49,49 DM
2	RV	117,47 DM
3	AV	35,44 DM
3	RV	67,05 DM
4	AV	51,19 DM
4	RV	132,58 DM

**Nuklearmediziner
Fachgruppe 59,
Untergruppe:**

1	AV	2,36 DM
1	RV	5,49 DM

**Ärzte f. physikal. u. rehabilitative Medizin
Fachgruppe 63,
Untergruppe:**

1	AV	5,39 DM
1	RV	9,21 DM

**Kinder und Jugendlichen Psychotherapeuten
(Psychagogen)
Fachgruppe 71,
Untergruppe:**

1	AV	2,63 DM
1	RV	2,77 DM

**Universitätspolikliniken Krankenhäuser/Institute
Fachgruppe 74,
Untergruppe:**

0	AV	59,84 DM
0	RV	133,58 DM
1	AV	198,71 DM
1	RV	172,13 DM
2	AV	425,27 DM
2	RV	316,74 DM
3	AV	1.735,00 DM
3	RV	1.010,61 DM
5	AV	254,00 DM
5	RV	617,04 DM

**Notfallärzte
Fachgruppe 75,
Untergruppe:**

0	AV	2,42 DM
0	RV	9,80 DM

**Allgemeinmed./Prakt. Ärzte/Ärztinnen
Fachgruppe 80,
Untergruppe:**

0	AV	47,96 DM
0	RV	194,68 DM
1	AV	73,08 DM
1	RV	226,07 DM
2	AV	70,32 DM
2	RV	234,12 DM
3	AV	75,17 DM
3	RV	239,42 DM
4	AV	74,72 DM
4	RV	242,48 DM
5	AV	73,69 DM
5	RV	238,63 DM
6	AV	79,63 DM
6	RV	266,34 DM
7	AV	80,73 DM
7	RV	229,03 DM
8	AV	71,60 DM
8	RV	206,74 DM
9	AV	59,49 DM
9	RV	137,71 DM

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgrößen vereinbart

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

**Anlage C
zur Richtgrößenvereinbarung 2001**

01 Verordnungssatz.

05	KASSEN-VKNR	Pseudo-VKNR der Kassengruppe	Pic 9(09).	*①
05	JJJMM	Abrechnungsjahr/-monat	Pic 9(06).	*①
05	ARZTNR	Abrechnungsnummer	Pic 9(09).	*①
05	VERO-STAT	Verordnungsstatus	Pic 9(01).	*①
05	VERSI-NR	Versichertennummer	Pic X(12).	③
05	VERS-STAT	Versichertenstatus	Pic 9(01).	*①
05	BELEG-NR	Belegnummer	Pic X(18).	*①
05	GESAMT-REZ	Gesamtwerte der Verordnung		
10	BRUTTO	Gesamtbetrag	Pic 9(08)V99.	*①
10	ZUZAHL	Gesamtzuzahlung	Pic 9(06)V99.	*①
05	NAME	Name des Versicherten	Pic X(47).	③④
05	V-NAME	Vorname des Versicherten	Pic X(10).	③④
05	GEB-DATUM	Geb.-Datum d. Versicherten	Pic X(08).	③④
05	ANZ-VERORD	Anzahl der Einzelverordn. des Rezepts	Pic 9(04).	*②
05	MEDIK-PREIS	Maximal 9 Medikamente pro Verordnung		
10	PZN-NR(1)	Erste PZN	Pic X(10).	*②
10	EINHEIT(1)	Anzahl Einheiten	Pic 9(06).	*②
10	MEDPR(1)	Preis je Medikament	Pic9(07)V99.	*②
10	PZN-NR(...)	Zweite PZN	Pic X(10).	*②
10	EINHEIT(...)	Anzahl Einheiten	Pic 9(06).	*②
10	MEDPR(...)	Preis je Medikament	Pic 9(07)V99.	*②
10	PZN-NR(9)	Dritte PZN	Pic X(10).	*②
10	EINHEIT(9)	Anzahl Einheiten	Pic 9(06).	*②
10	MEDPR(9)	Preis je Medikament	Pic 9(07)V99.	*②

*① = Relevant nur für Trendinfo

*② = Zusätzlich relevant auch für Quartalsbilanz

③ = Relevant ausschließlich zur Auswertung für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte / Zeiträume

④ = Nur im Falle einer fehlenden Versichertennummer Datensatzinhalt

Gemeinsame Erklärung zur Anlage C

über die Auswertungsziele und Auswertungsgrenzen und über die Gewährleistung des Sozialdatenschutzes.

Die Datensatzbeschreibung umfasst alle für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneiverordnungstätigkeit nach Richtgrößen bzw. nach Durchschnittswerten in Betracht kommenden Informationen aus den prüfrelevanten Arzneirezepten.

Die Prüfung selbst unterteilt sich dabei in zwei Verfahrensstufen, nämlich in

1. die Auswahlentscheidungen über die vom Prüfungsausschuss von Amts wegen (bzw. im Falle des § 13 Abs. 6 Satz 5 der Prüfvereinbarung auf Antrag) durchzuführenden Prüfverfahren und
2. die eigentliche Wirtschaftlichkeitsprüfung der vom Ausschuss selbst oder vom Antragsteller definierten Ärzte und Zeiträume.

Die für diese beiden Verfahrensstufen sachlichen Informationserfordernisse sind nicht deckungsgleich.

Elementar für die **Verfahrensstufe 1** sind die arzt- und quartalsbezogenen Kostendaten aller prüfrelevanten Arzneirezepte (§ 13 Abs. 3 der Prüfvereinbarung bzw. § 3 Abs. 1 Sätze 1 und 2 der Anlage 2 der Prüfvereinbarung).

Die zusätzliche Bereitstellung der medikamentenbezogenen Einzelinformationen (§ 296 Abs. 3 und 4 SGB V) ermöglicht bereits im Auswahlverfahren eine zumindest reflektierende Mitberücksichtigung von Praxisbesonderheiten.

Die arzt- und quartalsbezogenen Detaildaten über Medikamente und Kosten sind indessen für die eigentliche Wirtschaftlichkeitsprüfung (**Verfahrensstufe 2**) nicht ausreichend. Zwar sind die Durchschnittswertprüfung und die Richtgrößenprüfung statistisch gestützte und somit nicht im engen Sinne an Einzelfallbewertungen gekoppelte Prüfmethoden. Dennoch ist es auch im Rahmen dieser Prüfmethode unverzichtbar, die Verordnungstätigkeit der zu prüfenden Ärzte für den Ausschuss intellektuell beurteilbar zu machen.

Es ist deshalb langjährige und selbstverständliche Praxis, den Prüfungsgremien auch im Falle eines Prüfverfahrens auf Basis eines statistischen Kostenvergleiches patientenbezogene Informationen zur Verfügung zu stellen, die neben den verordneten Medikamenten auch die behandelten Erkrankungen widerspiegeln.

Nach übereinstimmender Auffassung der Vertragspartner wird auch für die mit dieser Prüfvereinbarung neu

vereinbarten Prüfarten (Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneiverordnungstätigkeit nach Durchschnittswerten und nach Richtgrößen) eine den Anforderungen des § 20 SGB X und der BSG-Rechtsprechung gerecht werdende Wirtschaftlichkeitsprüfung nur auf der Basis aussagefähiger Informationen möglich sein. Als in diesem Sinne für die Prüfungsgremien unverzichtbare Beurteilungsgrundlage betrachten die Vertragspartner

- Listenübersichten über die verordneten Arzneien mit Indikations- und Kostengruppierungen sowie
- Listenübersichten über die behandelten Patienten, deren Erkrankungen und der ihnen verordneten Arzneien.

Die in den letzten Jahren stattgefundene EDV-Technisierung der Abrechnungsverfahren bringt es mit sich, dass dieses Mindestmaß der Transparenz nur durch zielgerichtete EDV-Auswertungen herbeigeführt werden kann. Ohne dass dabei auch die Krankenversicherungsnummer in diese EDV-Auswertungen einbezogen wird, lässt sich die vorskizzierte Beurteilungsgrundlage über die bei den zu prüfenden Ärzten anzutreffenden Erkrankungs- und Ordnungsstrukturen nicht herstellen.

Aufgrund der geschilderten Zusammenhänge halten die Vertragspartner deshalb in den Fällen eines nach § 13 oder nach der Anlage 2 der Prüfvereinbarung eingeleiteten Prüfverfahrens die EDV-Nutzung der Krankenversicherungsnummer für unverzichtbar und mit der Intention des § 298 SGB V für vereinbar.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein darf die erhaltenen Daten ausschließlich eingegrenzt auf die zu prüfenden Ärzte und die dabei arztindividuell maßgebenden Prüfzeiträume und außerdem ausschließlich eingegrenzt auf die für die Prüfungsgremien bestimmten Aussageinhalte verarbeiten.

Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände übermitteln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein die mit * gekennzeichneten Datensatzinhalte für alle prüfrelevanten Arzneirezepte aller nordrheinischen Vertragsärzte und für jedes Quartal. Die Krankenversicherungsnummer wird nur für die Ärzte und Zeiträume übermittelt, für die ein Prüfverfahren eingeleitet worden ist, es sei denn, zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der bzw. dem zur Datenübermittlung verpflichteten Krankenkasse bzw. Verband kommt ein Auftragsverhältnis im Sinne des § 80 SGB X zustande, in dessen Rahmen die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein eine Auftragsdatenspeicherung übernimmt. In diesem Fall muss bei dieser Auftragsdatenspeicherung gewährleistet sein, dass eine andere als die in den Grenzen der Wirtschaftlichkeitsprüfung definierte Nutzung der gespeicherten Daten ausgeschlossen ist.