

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 Vereinbarungspartner werden nach Abschluss von Rahmenvorgaben zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen für das Jahr 2003 in die Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten.

*Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, Münster,
Bochum, den 16.04.02*

*Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Vorsitzender des Vorstandes
Dr. Leonhard Hansen*

*AOK Rheinland
Die Gesundheitskasse
Jacobs*

*Landesverband der
Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen
Hoffmann*

*IKK Nordrhein
-Hauptverwaltung-
Dr. Wutschel-Monka*

*Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen
Berndt*

*Verband der Angestellten-Krankenkassen
e. V./AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Mudra*

*Bundesknappschaft
Stadié*

**1. Nachtrag zur
Prüfvereinbarung vom 01.01.2001**

Die
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

- einerseits -

und

die AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse,
Düsseldorf,

der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen, Essen,

die IKK Nordrhein, Bergisch Gladbach,

die Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf,

die Bundesknappschaft Bochum,

der VdAK/AEV, Landesvertretung Nordrhein-
Westfalen, Düsseldorf,

- andererseits -

schließen folgende

**Vereinbarung
über
Richtgrößen für Arznei- und
Verbandmittel 2002**

A

I.

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

Die **Anlage 2** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom **01.01.2002** folgende Fassung:

§ 1

Ermittlung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Für die Bildung arztgruppenbezogener Richtgrößen wird der Betrag von **2.305.881.152,36 € (4.509.911.534,22 DM)** festgesetzt. Der Betrag bildet das (Brutto-) Ausgabenvolumen und schließt demgemäß den Apothekenrabatt sowie die gesetz-

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

lichen Versichertenzuzahlungen ein. Das Ausgaben-
volumen für Sprechstundenbedarf wird für die Bil-
dung 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-) Verord-
nungskostenanteilen der einzelnen Arztgruppen
gemäß der von der KV Nordrhein erhobenen Zah-
lenbasis der Quartale I/00 bis IV/00 - getrennt nach
AKV - und KVdR-Versicherten - auf die Arztgrup-
pen aufgeteilt. Diese Kostenanteile werden durch
die zugehörigen Behandlungsfallzahlen, wiederum
getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten, divi-
diert. Überweisungen zur Auftragsleistung (Zie-
laufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung werden
bei den Behandlungsfallzahlen nicht mitberück-
sichtigt. Die Berechnungsergebnisse bilden die
Richtgrößen gemäß Anlage B).

§ 2

Information der Vertragsärzte

- (1) Zur kontinuierlichen Frühinformation der KV
Nordrhein über die in ihrem Bereich veranlassten
Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel übermit-
teln die Krankenkassen bzw. ihre Verbände die vor-
läufigen Verordnungskosten mit folgenden Einzel-
angaben:
- Arztnummer
 - Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in
EURO
 - Summe der Zuzahlungen in EURO und
 - Anzahl der Ordnungsblätter
- bis Ende der 12. Kalenderwoche nach Ablauf des
Quartals als vorläufige Summenwerte je Vertrags-
arzt, getrennt nach M, F und R. Die Verbände der
Krankenkassen haben - jeder Verband für seinen
Kassenartbereich - bis zum Ende der 8. Kalende-
woche nach Ablauf des Quartals zu erklären, ob der
Datenlieferungstermin eingehalten wird.
- (2) Sofern die - oder einzelne - nordrheinische(n) Ver-
bände der Krankenkassen nicht in der Lage sind,
den Termin für die Datenlieferung einzuhalten,
können die betreffenden Verordnungskosten für
Arznei- und Verbandmittel direkt von den Apothe-
ken-Rechenzentren bezogen werden. Der Auftrag
zur Datenlieferung durch die Apotheken-Rechen-
zentren wird vom jeweiligen Verband der Kranken-
kassen erteilt. Die Kosten trägt der jeweilige Ver-
band.
- (3) Die Daten nach Absatz 1 dienen in erster Linie da-
zu, den Vertragsärzten Informationen über das Kos-
tenvolumen ihrer Verordnungstätigkeit im Ver-
gleich zur Richtgrößensumme zu geben. Die Richt-

größensumme wird unter Zugrundelegung der Fall-
zahlen des Arztes im betreffenden Quartal ermit-
telt; dabei werden Überweisungen zur Auf-
tragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliar-
untersuchung nicht mitberücksichtigt. Die Informa-
tionen sollen den Vertragsärzten Orientierung in
dem Bemühen geben, Überschreitungen der Richt-
größen zu vermeiden bzw. auszugleichen. Die Ver-
tragspartner verständigen sich auf eine standardi-
sierte Informationsunterlage für die nordrheini-
schen 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 ab-
gerechneten Kosten - das endgültige Verordnungsvolumen mit folgenden Einzelangaben, soweit es
von dem nach § 2 erhobenen Verordnungsvolumen
abweicht:
- Arztnummer
 - Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in
EURO
 - Summe der Zuzahlungen in EURO und
 - Anzahl der Ordnungsblätter
- Die Daten werden getrennt nach M, F und R über-
mittelt. Den Satzaufbau für die Datenlieferung
nach § 2 und § 3 legt die Anlage C fest. Bei einer Da-
tenlieferung 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 Richtgrößen-
volumina des AKV- und KVdR-Bereiches resultie-
ren aus der vorangegangenen Multiplikation der je-
weiligen 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 ge-
nannten Stellen auf Datenträger eine arztbezogene
Übersicht über die (Brutto-) Verordnungskosten in
EURO insgesamt, die abgerechneten Fallzahlen -
getrennt nach AKV- und KVdR-Bereich sowie zu-
sätzlich getrennt nach Überweisungen zur Auf-
tragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen
zur Konsiliaruntersuchung einerseits und übrige
Fallzahlen andererseits - und die Richtgrößensum-
men für alle in dem Quartal abrechnenden Ärzte.

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

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 15 % überschreitet (Prüfungsvolumen). Ein Verfahren zur Prüfung eines Pauschalregresses wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 25% überschreitet.
- (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 in EURO
 - Behandlungsfallzahlen gemäß § 3 Abs. 2, getrennt nach Allgemeinversicherten und Rentnern sowie in der Gesamtzusammenfassung
 - die ermittelten Richtgrößensummen in EURO
 - die veranlassten Ausgaben des Arztes brutto und netto (EURO)
 - 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. Die Anerkennung ist auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung des § 12 und 70 SGB V und der Arzneimittel-Richtlinien begrenzt.

- (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 sowie die Behandlung der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose mit Glatirameracetat
 - 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 parentale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitung
 - Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen einschließlich deren Begleiterkrankungen
 - Insulin-Therapie bei insulinpflichtigen Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen unter Beachtung des Orientierungsrahmens zur Verordnung von Teststreifen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände der Krankenkassen (Anlage E)
 - Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen

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

- 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
- Antiepileptika
- Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase
- Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer chorioidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden. Für jede Indikationen steht dabei eine Symbolziffer nach Anlage D zur Verfügung.

- (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 notwendige 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) 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 15 % durch Praxisbesonderheiten begründet ist.
- (2) Für Richtgrößenüberschreitungen von mehr als 25 %, 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.
- (3) 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 sowie die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert.
- (4) Regressfestsetzungen auf einen verbleibenden Verordnungsumfang, der unterhalb einer Richtgrößenüberschreitung von 25 % 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.

Im Übrigen gelten für die Durchführung der Prüfverfahren die Regelungen der Prüfvereinbarung.

§ 7

Anpassung der Richtgrößen

Bei einer Anschlussvereinbarung sollten – soweit die Voraussetzungen hierfür gegeben sind – die Richtgrößen nach altersgemäßen Patientengruppen gegliedert und darüber hinaus auch nach Krankheitsarten bestimmt werden. Die Vereinbarungspartner 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, den 16.04.02
Dr. Leonhard Hansen*

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

AOK Rheinland,
Düsseldorf, den 16.04.02
Jacobs

Landesverband der Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen,
Essen, den 16.04.02
Hoffmann

IKK Nordrhein,
Bergisch-Gladbach, den 16.04.02
Dr. Wutschel-Monka

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, den 16.04.02
Berndt

Bundesknappschaft,
Bochum, den 16.04.02
Stadié

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, den 16.04.02
Mudra

Anlage A zur Richtgrößenvereinbarung 2002

4.365.149.954,85 DM	Nettoarzneimittel-Ausgaben 2000
./.	220.000.000,00 DM (Kontenart 436; keine Zuzahlung; kein Apotheken- rabatt, lt. Angaben Kassen
4.145.149.954,85 DM	Zwischensumme, berechnet)
+ 374.647.838,15 DM	(Summe aller Zuzahlungen 2000 lt. Datenlieferung Quartalsbilanzen 2000)
4.519.797.793,00 DM	(Bruttoniveau ohne Apothe- kenrabatt berechnet)
+ 214.347.999,46 DM	Apothekenrabatt; Netto- preis dividiert durch 95, multipliziert mit 5
4.734.145.792,46 DM	(Bruttoniveau, berechnet)
./.	224.234.258,24 DM (213,0 Mio. DM SSB netto plus Apothekenrabatt lt. Angaben Kassen)
4.509.911.534,22 DM	(Brutto) Richtgrößen Arznei (ohne SSB), berechnet (ent- spricht 2.305.881.152,36 €)

Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung 2002

Vergleichs- gruppe	Versicher- tenart	Richtgröße 2002/DM	Richtgröße 2002/Euro
Anästhesisten			
011	AV	11,10 DM	5,67 €
011	RV	63,79 DM	32,62 €
012	AV	65,13 DM	33,30 €
012	RV	150,39 DM	76,89 €
013	AV	208,11 DM	106,40 €
013	RV	405,02 DM	207,08 €
Augenärzte			
041	AV	11,14 DM	5,69 €
041	RV	20,32 DM	10,39 €
042	AV	8,89 DM	4,54 €
042	RV	21,72 DM	11,10 €
043	AV	13,75 DM	7,03 €
043	RV	28,74 DM	14,69 €
044	AV	8,60 DM	4,40 €
044	RV	20,50 DM	10,48 €
045	AV	10,23 DM	5,23 €
045	RV	25,81 DM	13,20 €
046	AV	12,23 DM	6,26 €
046	RV	23,19 DM	11,85 €
Chirurgen			
071	AV	9,50 DM	4,86 €
071	RV	18,45 DM	9,43 €
072	AV	14,61 DM	7,47 €
072	RV	18,06 DM	9,24 €
073	AV	10,46 DM	5,35 €

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

073	RV	28,13 DM	14,38 €	199	AV	464,54 DM	237,51 €
074	AV	4,00 DM	2,05 €	199	RV	572,67 DM	292,80 €
074	RV	6,64 DM	3,39 €	19A	AV	1.171,43 DM	598,94 €
075	AV	21,32 DM	10,90 €	19A	RV	1.493,61 DM	763,67 €
075	RV	30,50 DM	15,59 €	19B	AV	117,08 DM	59,86 €
Gynäkologen				19B	RV	249,90 DM	127,77 €
101	AV	51,91 DM	26,54 €	19C	AV	541,81 DM	277,02 €
101	RV	63,08 DM	32,25 €	19C	RV	1.133,53 DM	579,57 €
102	AV	24,70 DM	12,63 €	Kinderärzte			
102	RV	49,88 DM	25,51 €	231	AV	40,11 DM	20,51 €
103	AV	26,67 DM	13,64 €	231	RV	64,72 DM	33,09 €
103	RV	46,44 DM	23,74 €	232	AV	45,03 DM	23,02 €
104	AV	284,38 DM	145,40 €	232	RV	69,59 DM	35,58 €
104	RV	1.086,36 DM	555,45 €	233	AV	36,16 DM	18,49 €
105	AV	284,73 DM	145,58 €	233	RV	42,98 DM	21,97 €
105	RV	302,16 DM	154,49 €	234	AV	184,72 DM	94,44 €
HNO-Ärzte				234	RV	390,29 DM	199,55 €
131	AV	18,86 DM	9,64 €	Laborärzte			
131	RV	14,68 DM	7,50 €	261	AV	1.654,59 DM	845,98 €
132	AV	18,42 DM	9,42 €	261	RV	5.554,51 DM	2.839,97 €
132	RV	13,13 DM	6,72 €	262	AV	14,93 DM	7,63 €
133	AV	20,44 DM	10,45 €	262	RV	6,18 DM	3,16 €
133	RV	15,11 DM	7,72 €	263	AV	6,58 DM	3,36 €
134	AV	15,71 DM	8,03 €	263	RV	0,60 DM	0,30 €
134	RV	11,64 DM	5,95 €	Lungenärzte			
135	AV	45,37 DM	23,20 €	291	AV	137,47 DM	70,29 €
135	RV	23,44 DM	11,99 €	291	RV	193,23 DM	98,80 €
136	AV	19,61 DM	10,03 €	292	AV	158,78 DM	81,18 €
136	RV	15,97 DM	8,17 €	292	RV	210,78 DM	107,77 €
137	AV	29,01 DM	14,83 €	293	AV	1.344,49 DM	687,42 €
137	RV	17,83 DM	9,12 €	293	RV	694,27 DM	354,98 €
Dermatologen				MKG-Chirurgen			
161	AV	34,17 DM	17,47 €	351	AV	7,64 DM	3,91 €
161	RV	40,50 DM	20,71 €	351	RV	7,45 DM	3,81 €
162	AV	38,65 DM	19,76 €	352	AV	17,27 DM	8,83 €
162	RV	42,60 DM	21,78 €	352	RV	27,28 DM	13,95 €
163	AV	40,08 DM	20,49 €	Nervenärzte			
163	RV	45,31 DM	23,17 €	381	AV	150,44 DM	76,92 €
164	AV	119,84 DM	61,27 €	381	RV	195,25 DM	99,83 €
164	RV	154,41 DM	78,95 €	382	AV	143,04 DM	73,13 €
Internisten				382	RV	169,89 DM	86,86 €
191	AV	110,51 DM	56,50 €	383	AV	122,51 DM	62,64 €
191	RV	266,50 DM	136,26 €	383	RV	168,92 DM	86,37 €
192	AV	113,65 DM	58,11 €	384	AV	69,70 DM	35,64 €
192	RV	268,22 DM	137,14 €	384	RV	181,25 DM	92,67 €
193	AV	117,36 DM	60,00 €	385	AV	74,30 DM	37,99 €
193	RV	261,23 DM	133,56 €	385	RV	120,58 DM	61,65 €
194	AV	121,67 DM	62,21 €	386	AV	6,31 DM	3,23 €
194	RV	264,14 DM	135,05 €	386	RV	62,57 DM	31,99 €
195	AV	103,38 DM	52,86 €	387	AV	597,71 DM	305,61 €
195	RV	261,95 DM	133,93 €	387	RV	812,38 DM	415,36 €
196	AV	51,52 DM	26,34 €	388	AV	401,59 DM	205,33 €
196	RV	64,77 DM	33,12 €	388	RV	455,38 DM	232,83 €
197	AV	199,59 DM	102,05 €	389	AV	17,09 DM	8,74 €
197	RV	244,62 DM	125,07 €	389	RV	25,95 DM	13,27 €
198	AV	145,76 DM	74,53 €	Neurochirurgen			
198	RV	224,81 DM	114,94 €	411	AV	49,94 DM	25,53 €

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

411	RV	99,54 DM	50,89 €	741	AV	238,25 DM	121,82 €
412	AV	1,97 DM	1,00 €	741	RV	218,03 DM	111,47 €
412	RV	1,15 DM	0,59 €	742	AV	406,92 DM	208,05 €
Orthopäden				742	RV	316,41 DM	161,78 €
441	AV	6,79 DM	3,47 €	743	AV	1.813,84 DM	927,40 €
441	RV	17,84 DM	9,12 €	743	RV	1.252,73 DM	640,51 €
442	AV	8,73 DM	4,46 €	744	AV	379,52 DM	194,04 €
442	RV	22,44 DM	11,48 €	744	RV	346,47 DM	177,15 €
443	AV	23,39 DM	11,96 €	745	AV	387,10 DM	197,92 €
443	RV	20,38 DM	10,42 €	745	RV	346,62 DM	177,23 €
Pathologen				746	AV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden
471	AV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden	746	RV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden
471	RV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden	747	AV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden
Psychotherapeuten				747	RV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden
501	AV	8,44 DM	4,32 €	748	AV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden
501	RV	27,78 DM	14,20 €	748	RV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden
Radiologen				Notfallärzte			
531	AV	15,92 DM	8,14 €	750	AV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden
531	RV	64,74 DM	33,10 €	750	RV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden
532	AV	1,52 DM	0,78 €	751	AV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden
532	RV	0,88 DM	0,45 €	751	RV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden
533	AV	74,38 DM	38,03 €	Allgemeinmediziner, Fachärzte für Allgemeinmedizin,			
533	RV	89,92 DM	45,98 €	Praktiker			
534	AV	73,22 DM	37,44 €	801	AV	76,32 DM	39,02 €
534	RV	106,87 DM	54,64 €	801	RV	242,32 DM	123,90 €
535	AV	180,87 DM	92,48 €	802	AV	74,91 DM	38,30 €
535	RV	367,46 DM	187,88 €	802	RV	248,46 DM	127,04 €
Urologen				803	AV	81,85 DM	41,85 €
561	AV	45,29 DM	23,16 €	803	RV	255,77 DM	130,77 €
561	RV	136,74 DM	69,92 €	804	AV	80,71 DM	41,27 €
562	AV	52,98 DM	27,09 €	804	RV	259,54 DM	132,70 €
562	RV	127,20 DM	65,03 €	805	AV	80,41 DM	41,11 €
563	AV	31,20 DM	15,95 €	805	RV	264,53 DM	135,25 €
563	RV	59,92 DM	30,64 €	806	AV	83,11 DM	42,49 €
564	AV	52,23 DM	26,70 €	806	RV	268,31 DM	137,19 €
564	RV	125,92 DM	64,38 €	807	AV	90,70 DM	46,37 €
Nuklearmediziner				807	RV	263,40 DM	134,68 €
591	AV	4,56 DM	2,33 €	808	AV	73,47 DM	37,56 €
591	RV	6,20 DM	3,17 €	808	RV	213,68 DM	109,25 €
Ärzte f. physikalische u. rehabilitative Medizin				809	AV	106,26 DM	54,33 €
631	AV	12,14 DM	6,21 €	809	RV	202,00 DM	103,28 €
631	RV	24,82 DM	12,69 €				
n.ä. Verhaltenstherapeuten				Fehlende Fachgruppen: keine Richtgrößen vereinbart			
691	AV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden				
691	RV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden				
n.ä. Psychotherapeuten							
701	AV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden				
701	RV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden				
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten							
711	AV	1,39 DM	0,71 €				
711	RV	6,64 DM	3,39 €				
für Früherkennung ermächtigte Ärzte							
731	AV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden				
731	RV	keine RG vorhanden	keine RG vorhanden				
Universitätskliniken, Krankenhäuser/Institute							
740	AV	80,58 DM	41,20 €				
740	RV	161,52 DM	82,59 €				

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 2002

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 Amtswegen (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

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

an Einzelfallbewertungen gekoppelte Prüfmetho- den. Dennoch ist es auch im Rahmen dieser Prüf- methode unverzichtbar, die Verordnungstätigkeit der zu prüfenden Ärzte für den Ausschuss intellek- tuell beurteilbar zu machen.

Es ist deshalb langjährige und selbstverständliche Praxis, den Prüfungsgremien auch im Falle eines Prüf- verfahrens auf Basis eines statistischen Kostenver- gleiches patientenbezogene Informationen zur Ver- fügung zu stellen, die neben den verordneten Medi- kamenten auch die behandelten Erkrankungen wi- derspiegeln.

Nach übereinstimmender Auffassung der Vertragspart- ner 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 wer- dende Wirtschaftlichkeitsprüfung nur auf der Basis aus- sagefähiger Informationen möglich sein. Als in diesem Sinne für die Prüfungsgremien unverzichtbare Beurteilungs- grundlage 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 stattgefunden EDV-Techni- sierung der Abrechnungsverfahren bringt es mit sich, dass dieses Mindestmaß der Transparenz nur durch ziel- gerichtete EDV-Auswertungen herbeigeführt werden kann. Ohne dass dabei auch die Krankenversicherten- nummer in diese EDV-Auswertungen einbezogen wird, lässt sich die vorskizzierte Beurteilungsgrundlage über die bei den zu prüfenden Ärzten anzutreffenden Er- krankungs- und Verordnungsstrukturen nicht herstel- len.

Aufgrund der geschilderten Zusammenhänge halten die Vertragspartner deshalb in den Fällen eines nach § 13 oder nach der Anlage 2 der Prüfvereinbarung eingelei- teten Prüfverfahrens die EDV-Nutzung der Kranken- versichertennummer für unverzichtbar und mit der In- tention des § 298 SGB V für vereinbar.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein darf die er- haltenen Daten ausschließlich eingegrenzt auf die zu prüfenden Ärzte und die dabei arztindividuell maßge- benden 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 * ge- kennzeichneten Datensatzinhalte für alle prüfrelevanten Arzneirezepte aller nordrheinischen Vertragsärzte und für jedes Quartal. Die Krankenversichertennum- mer wird nur für die Ärzte und Zeiträume übermittelt, für die ein Prüfverfahren eingeleitet worden ist, es sei denn, zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nord- rhein und der bzw. dem zur Datenübermittlung ver- pflichteten Krankenkasse bzw. Verband kommt ein Auf- tragsverhältnis im Sinne des § 80 SGB X zustande, in dessen Rahmen die Kassenärztliche Vereinigung Nord- rhein eine Auftragsdatenspeicherung übernimmt. In diesem Fall muss bei dieser Auftragsdatenspeicherung gewährleistet sein, dass eine andere als die in den Gren- zen der Wirtschaftlichkeitsprüfung definierte Nutzung der gespeicherten Daten ausgeschlossen ist.

Anlage D zur Richtgrößenvereinbarung 2002

Praxisbesonderheiten nach § 5 Absatz 3 können mit der Abrechnung gemeldet werden. Die betreffende Sym- bolziffer ist können dabei an jedem Tag des Quartals an der Stelle des Behandlungsausweises einzutragen, an dem auch die Leistungen abgerechnet werden. Die Häufigkeit der Abrechnung dieser Symbolnummern wird den mit den Richtgrößenprüfungen beauftragten Stellen mittels Frequenztafel zur Verfügung gestellt werden.

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Arzneimittel
9901	Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase
9902	Hormonelle Behandlung und In- vitro-Fertilisation bei Sterilität nach strenger Indikationsstellung
9903	Interferon-Therapie bei schubför- mig verlaufender bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelasse- nen Präparaten sowie die Behand- lung der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose mit Glatiramer- acetat
9904	Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C bei strenger In- dikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präpa- raten, auch in Kombination mit Anderen dafür zugelassenen Antiviralen Mitteln
9905	Arzneimitteltherapie der Mukovis- zidose

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

9906	Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz		
9907	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezeptzubereitungen		
9908	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenen hypophysäre Minderwuchs		ren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; Außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden.
9909	Orale und parentale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezeptzubereitung		
9910	Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen einschließlich deren Begleiterkrankungen		
9911	Insulin-Therapie bei insulinpflichtigen Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen unter Beachtung des Orientierungsrahmens zur Verordnung von Teststreifen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände der Krankenkassen		
9912	Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen		
9913	Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis		
9914	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten	Insulin	
9915	Behandlung der Schizophrenie mit Atypischen Neuroleptika		
9916	Schmerztherapie mit Opioiden		
9917	Therapie des Morbus Crohn mit Infliximab		
9918	Antiepileptika	Generell	
9919	Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase		
9920	Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei Altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer chorioidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	Diagnose/Therapie	Verordnungsfähigkeit von
9921	Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren	Diabetes mellitus Typ-2	Urinteststreifen
		Diät und Tabletten	Blutzuckerteststreifen nur in Ausnahmefällen bei Folgeerkrankungen oder pathologischer Nierenschwelle; dann höchstens 50 Teststreifen pro Quartal
		Diabetes mellitus Typ-1	Blutzuckerteststreifen, in der Regel 100 Teststreifen pro Quartal; maximal 200 Teststreifen pro Quartal
		ICT- und Pumpentherapie	400 Blutzuckerteststreifen pro Quartal
		generell	600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal; diese als Dauerverordnung

Anlage E zur Richtgrößenvereinbarung 2002

Gemeinsamer Orientierungsrahmen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände zur Verordnung von Blutzucker-Teststreifen: