

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, Düsseldorf

- einerseits -
und

die AOK Rheinland –
Die Gesundheitskasse, Düsseldorf,

der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen, Essen,

die IKK Nordrhein, Bergisch Gladbach,

die Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen, Münster,

die Bundesknappschaft, Bochum,

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

- andererseits -
schließen folgende

Vereinbarung

über Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel 2003

A

I.

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

Die **Anlage 2** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom 01.01.2003 folgende Fassung:

§ 1

Ermittlung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Für die Bildung arztgruppenbezogener Richtgrößen wird der Betrag von 2.415.877.278,16 EUR 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/00 bis IV/00 – 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.

§ 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 in EURO
 - Summe der Zuzahlungen in EURO und
 - Anzahl der Ordnungsblätterbis 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) 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.

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

§ 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 Monats – 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 in EURO
 - Summe der Zuzahlungen in EURO und
 - Anzahl der VerordnungsblätterDie 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 in EURO 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 15 % überschreitet (Prüfungsvolumen). Ein Verfahren zur Prüfung eines Pauschalregresses wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes die Richtgrößensumme des be-

treffenden 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 Verord-

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

nungskosten 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 Rezepturzubereitungen
- 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 Rezepturzubereitung
- Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen einschließlich deren Begleiterkrankungen
- Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem 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
- 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.
- Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten

Für jede Indikation 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

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 Überschreitungen der Richtgrößensumme um mehr als 15 % durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

*AOK Rheinland, Düsseldorf
Düsseldorf, den 20.01.2003
Jacobs*

(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.

*Landesverband der Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen, Essen
Essen, den 20.01.2003
Hoffmann*

*IKK Nordrhein, Bergisch Gladbach
Bergisch-Gladbach, den 20.01.2003
Dr. Wutschel-Monka*

*Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen
Münster, den 20.01.2003
Döge*

(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, 130a SGB V und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler sowie die Zahlungen der Versicherten subtrahiert.

*Bundesknavpschaft, Bochum
Bochum, den 20.01.2003
Stadié*

(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.

*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
Düsseldorf, den 20.01.2003
Mudra*

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
Düsseldorf, den 20.01.2003
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

| | | | | | | |
|-------------------------------------|----|--------------------|------------|---|----|--------------------|
| 193 | RV | | 140,05 € | Nervenärzte, Fachgruppe 38 | | |
| 194 | AV | | 66,82 € | 380 | AV | Keine RG vorhanden |
| 194 | RV | | 142,22 € | 380 | RV | Keine RG vorhanden |
| 195 | AV | | 56,61 € | 381 | AV | 92,78 € |
| 195 | RV | | 140,78 € | 381 | RV | 112,66 € |
| 196 | AV | | 27,38 € | 382 | AV | 100,79 € |
| 196 | RV | | 32,48 € | 382 | RV | 105,84 € |
| 197 | AV | | 94,82 € | 383 | AV | 73,77 € |
| 197 | RV | | 133,59 € | 383 | RV | 98,92 € |
| 198 | AV | | 99,58 € | 384 | AV | 43,60 € |
| 198 | RV | | 148,54 € | 384 | RV | 94,21 € |
| 199 | AV | | 318,93 € | 385 | AV | 38,28 € |
| 199 | RV | | 374,98 € | 385 | RV | 63,43 € |
| 19A | AV | | 714,08 € | 386 | AV | 7,39 € |
| 19A | RV | | 858,72 € | 386 | RV | 42,07 € |
| 19B | AV | | 63,87 € | 387 | AV | 276,12 € |
| 19B | RV | | 134,18 € | 387 | RV | 423,67 € |
| 19C | AV | | 314,60 € | 388 | AV | 211,09 € |
| 19C | RV | | 636,65 € | 388 | RV | 241,68 € |
| Kinderärzte, Fachgruppe 23 | | | | 389 | AV | 10,62 € |
| 230 | AV | Keine RG vorhanden | | 389 | RV | 12,26 € |
| 230 | RV | Keine RG vorhanden | | Neurochirurgen, Fachgruppe 41 | | |
| 231 | AV | | 21,34 € | 410 | AV | Keine RG vorhanden |
| 231 | RV | | 36,76 € | 410 | RV | Keine RG vorhanden |
| 232 | AV | | 21,73 € | 411 | AV | 28,80 € |
| 232 | RV | | 17,57 € | 411 | RV | 64,89 € |
| 233 | AV | | 20,40 € | 412 | AV | 0,57 € |
| 233 | RV | | 20,02 € | 412 | RV | 0,81 € |
| 234 | AV | | 121,60 € | Orthopäden, Fachgruppe 44 | | |
| 234 | RV | | 390,58 € | 440 | AV | Keine RG vorhanden |
| Laborärzte, Fachgruppe 26 | | | | 440 | RV | Keine RG vorhanden |
| 260 | AV | Keine RG vorhanden | | 441 | AV | 3,76 € |
| 260 | RV | Keine RG vorhanden | | 441 | RV | 10,09 € |
| 261 | AV | | 1.376,67 € | 442 | AV | 4,63 € |
| 261 | RV | | 1.794,15 € | 442 | RV | 12,27 € |
| 262 | AV | | 13,74 € | 443 | AV | 12,64 € |
| 262 | RV | | 6,75 € | 443 | RV | 12,64 € |
| 263 | AV | | 1,08 € | Pathologen, Fachgruppe 47 | | |
| 263 | RV | | 0,17 € | 470 | AV | Keine RG vorhanden |
| Lungenärzte, Fachgruppe 29 | | | | 470 | RV | Keine RG vorhanden |
| 290 | AV | Keine RG vorhanden | | 471 | AV | Keine RG vorhanden |
| 290 | RV | Keine RG vorhanden | | 471 | RV | Keine RG vorhanden |
| 291 | AV | | 69,50 € | 472 | AV | Keine RG vorhanden |
| 291 | RV | | 98,08 € | 472 | RV | Keine RG vorhanden |
| 292 | AV | | 73,30 € | 473 | AV | Keine RG vorhanden |
| 292 | RV | | 99,37 € | 473 | RV | Keine RG vorhanden |
| 293 | AV | | 1.835,15 € | Psychotherapeuten, Fachgruppe 50 | | |
| 293 | RV | | 1.231,11 € | 500 | AV | Keine RG vorhanden |
| MKG-Chirurgen, Fachgruppe 35 | | | | 500 | RV | Keine RG vorhanden |
| 350 | AV | Keine RG vorhanden | | 501 | AV | Keine RG vorhanden |
| 350 | RV | Keine RG vorhanden | | 501 | RV | Keine RG vorhanden |
| 351 | AV | | 4,65 € | Radiologen, Fachgruppe 53 | | |
| 351 | RV | | 4,82 € | 530 | AV | Keine RG vorhanden |
| 352 | AV | | 6,82 € | 530 | RV | Keine RG vorhanden |
| 352 | RV | | 8,13 € | 531 | AV | 25,20 € |
| | | | | 531 | RV | 49,61 € |
| | | | | 532 | AV | 0,69 € |

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

| | | | | | | | |
|---|----|--|--------------------|--|----|--|--------------------|
| 532 | RV | | 0,52 € | 742 | RV | | 247,53 € |
| 533 | AV | | 47,35 € | 743 | AV | | 1.112,71 € |
| 533 | RV | | 116,99 € | 743 | RV | | 856,82 € |
| 534 | AV | | 41,24 € | 744 | AV | | 240,68 € |
| 534 | RV | | 49,87 € | 744 | RV | | 245,03 € |
| 535 | AV | | 90,49 € | 745 | AV | | 221,91 € |
| 535 | RV | | 215,40 € | 745 | RV | | 380,62 € |
| Urologen, Fachgruppe 56 | | | | 746 | AV | | Keine RG vorhanden |
| 560 | AV | | Keine RG vorhanden | 746 | RV | | Keine RG vorhanden |
| 560 | RV | | Keine RG vorhanden | 747 | AV | | Keine RG vorhanden |
| 561 | AV | | 21,99 € | 747 | RV | | Keine RG vorhanden |
| 561 | RV | | 70,34 € | 748 | AV | | Keine RG vorhanden |
| 562 | AV | | 29,71 € | 748 | RV | | Keine RG vorhanden |
| 562 | RV | | 69,58 € | Notfallärzte, Fachgruppe 75 | | | |
| 563 | AV | | 19,42 € | 750 | AV | | Keine RG vorhanden |
| 563 | RV | | 28,81 € | 750 | RV | | Keine RG vorhanden |
| 564 | AV | | 31,96 € | Allgemeinärzte, Fachgruppe 80 | | | |
| 564 | RV | | 76,31 € | 800 | AV | | Keine RG vorhanden |
| Nuklearmediziner, Fachgruppe 59 | | | | 800 | RV | | Keine RG vorhanden |
| 590 | AV | | Keine RG vorhanden | 801 | AV | | 41,67 € |
| 590 | RV | | Keine RG vorhanden | 801 | RV | | 130,97 € |
| 591 | AV | | 1,38 € | 802 | AV | | 39,94 € |
| 591 | RV | | 2,19 € | 802 | RV | | 133,88 € |
| Ärzte f. physikalische und rehabilitative Medizin, Fachgruppe 63 | | | | 803 | AV | | 43,48 € |
| 631 | AV | | 6,08 € | 803 | RV | | 138,84 € |
| 631 | RV | | 20,73 € | 804 | AV | | 43,32 € |
| n. ä. Verhaltenstherapeuten, Fachgruppe 69 | | | | 804 | RV | | 142,26 € |
| 690 | AV | | Keine RG vorhanden | 805 | AV | | 44,15 € |
| 690 | RV | | Keine RG vorhanden | 805 | RV | | 142,44 € |
| 691 | AV | | Keine RG vorhanden | 806 | AV | | 49,21 € |
| 691 | RV | | Keine RG vorhanden | 806 | RV | | 153,00 € |
| n. ä. Psychotherapeuten, Fachgruppe 70 | | | | 807 | AV | | 42,73 € |
| 700 | AV | | Keine RG vorhanden | 807 | RV | | 130,87 € |
| 700 | RV | | Keine RG vorhanden | 808 | AV | | 38,24 € |
| 701 | AV | | Keine RG vorhanden | 808 | RV | | 118,02 € |
| 701 | RV | | Keine RG vorhanden | 809 | AV | | 51,42 € |
| Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten | | | | 809 | RV | | 95,20 € |
| 710 | AV | | Keine RG vorhanden | Fehlende Fachgruppen: keine Richtgrößen vereinbart | | | |
| 710 | RV | | Keine RG vorhanden | | | | |
| 711 | AV | | 1,19 € | | | | |
| 711 | RV | | 2,26 € | | | | |
| Diverse Fachärzte, Fachgruppe 72 | | | | | | | |
| 721 | AV | | Keine RG vorhanden | | | | |
| 721 | RV | | Keine RG vorhanden | | | | |
| für Früherkennung ermächtigte Ärzte, Fachgruppe 73 | | | | | | | |
| 730 | AV | | Keine RG vorhanden | | | | |
| 730 | RV | | Keine RG vorhanden | | | | |
| 731 | AV | | Keine RG vorhanden | | | | |
| 731 | RV | | Keine RG vorhanden | | | | |
| Universitätspolikliniken, Krankenhäuser/Institute, Fachgruppe 74 | | | | | | | |
| 740 | AV | | 46,16 € | | | | |
| 740 | RV | | 100,51 € | | | | |
| 741 | AV | | 159,58 € | | | | |
| 741 | RV | | 140,24 € | | | | |
| 742 | AV | | 268,18 € | | | | |

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 2003

01 Verordnungssatz.

| | | | |
|----|-----------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 05 | KASSEN-VKNR | Pseudo-VKNR der Kassengruppe | Pic 9(09). * 1 |
| 05 | JJJJMM | 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 ZUZAHN | Gesamtzahlung | Pic 9(06)V99. * 1 |
| 05 | NAME | Name des Versicherten | Pic X(47). 3 4 |
| 05 | V-NAME | Vorname des Versicherten | Pic X(10). 3 4 |
| 05 | GEB-DATUM | Geb.-Datum d. Versicherten | Pic X(08). 3 4 |
| 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 medikamentbezogenen 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

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

Wirtschaftlichkeitsprüfung (**Verfahrensstufe 2**) nicht ausreichend. Zwar sind die Durchschnittswertprüfung und die Richtgrößenprüfung statistisch gestützte und somit nicht im engen Sinne an Einzelfallbewertungen gekoppelte Prüfmethode. 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 stattgefundenene 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 Erkrankungen- 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.

Anlage D zur Richtgrößenvereinbarung 2003

Praxisbesonderheiten nach § 5 Absatz 3 können mit der Abrechnung gemeldet werden. Die betreffende Symbolziffer ist 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 schubförmig verlaufender bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten sowie die Behandlung der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose mit Glatirameracetat |
| 9904 | 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 |
| 9905 | Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose |
| 9906 | Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz |

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

| | | | |
|------|---|--|---|
| 9907 | Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen | Anlage E zur Richtgrößenvereinbarung 2003 | Gemeinsamer Orientierungsrahmen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände zur Verordnung von Blutzucker-Teststreifen: |
| 9908 | Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenen hypophysärem Minderwuchs | Diagnose/Therapie | Verordnungsfähigkeit von |
| 9909 | Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitung | Diabetes mellitus Typ-2 Diät und Tabletten | Urinteststreifen |
| 9910 | Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen einschließlich deren Begleiterkrankungen | | Blutzuckerteststreifen nur in Ausnahmefällen bei Folgeerkrankungen oder pathologischer Nierenschwelle; dann höchstens 50 Teststreifen pro Quartal |
| 9911 | Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen unter Beachtung des Orientierungsrahmens zur Verordnung von Teststreifen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände der Krankenkassen | Insulin | Blutzuckerteststreifen, in der Regel 100 Teststreifen pro Quartal; maximal 200 Teststreifen pro Quartal |
| 9912 | Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen | Diabetes mellitus Typ-1 | |
| 9913 | Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis | generell | 400 Blutzuckerteststreifen pro Quartal |
| 9914 | Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten | ICT- und Pumpentherapie | |
| 9915 | Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika | generell | 600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal; diese als Dauerverordnung |
| 9916 | Schmerztherapie mit Opioiden | | |
| 9917 | Therapie des Morbus Crohn mit Infliximab | | |
| 9918 | Antiepileptika | | |
| 9919 | Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase | | |
| 9920 | Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer chorioidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V | | |
| 9921 | 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. | | |
| 9922 | Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten | | |