

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 Versichertenzuzahlungen 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 Verordnungsblätterbis 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 OrdnungsblätterDie 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*

(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.

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

*Bundesknapenschaft, 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

Anlage A zur Richtgrößenvereinbarung 2003			072	AV	8,04 €
			072	RV	8,44 €
2.332.299.690,00 EUR	Nettoarzneimittel 2002 lt.		073	AV	5,93 €
./ 129.356.840,00 EUR	Budgetvertrag 2002		073	RV	15,31 €
	(Kontenart 436; keine		074	AV	2,32 €
	Zuzahlung; kein Apotheken-		074	RV	1,62 €
	rabatt, lt. Angaben Kassen		075	AV	17,92 €
2.202.942.850,00 EUR	Zwischensumme, berechnet)		075	RV	29,21 €
+ 193.347.763,80 EUR	(Summe aller Zuzahlungen 2001		Gynäkologen, Fachgruppe 10		
	lt. Datenlieferung Quartals-		100	AV	Keine RG vorhanden
	bilanzen 2001)		100	RV	Keine RG vorhanden
	(Bruttoniveau ohne Apothe-		101	AV	30,72 €
2.396.290.613,8 EUR	kenrabatt berechnet) Apothe-		101	RV	26,28 €
+ 208.373.096,85 EUR	kenrabatt; Nettopreis dividiert		102	AV	13,82 €
	durch 92, multipliziert mit 8		102	RV	28,04 €
	(Bruttoniveau, berechnet)		103	AV	13,52 €
2.604.663.710,65 EUR	(101,18 Mio. EUR SSB netto		103	RV	24,50 €
./ 106.533.441,64 EUR	plus Apothekenrabatt lt.		104	AV	193,21 €
	Angaben Kassen)		104	RV	705,14 €
2.498.130.269,01 EUR	(Brutto) Richtgrößen Arznei		105	AV	287,56 €
	(ohne SSB), berechnet		105	RV	269,76 €
			HNO-Ärzte, Fachgruppe 13		
			130	AV	Keine RG vorhanden
			130	RV	Keine RG vorhanden
Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung 2003			131	AV	10,39 €
			131	RV	6,96 €
			132	AV	9,02 €
			132	RV	6,25 €
VGL Versichertenart Richtgrösse 2003 in Euro			133	AV	10,13 €
Anästhesisten, Fachgruppe 01			133	RV	7,53 €
010 AV	Keine RG vorhanden		134	AV	8,44 €
010 RV	Keine RG vorhanden		134	RV	6,16 €
011 AV	7,42 €		135	AV	22,37 €
011 RV	40,18 €		135	RV	11,92 €
012 AV	47,01 €		136	AV	10,01 €
012 RV	116,09 €		136	RV	8,21 €
013 AV	149,06 €		137	AV	10,71 €
013 RV	263,03 €		137	RV	6,76 €
Augenärzte, Fachgruppe 04			Dermatologen, Fachgruppe 16		
040 AV	Keine RG vorhanden		160	AV	Keine RG vorhanden
040 RV	Keine RG vorhanden		160	RV	Keine RG vorhanden
041 AV	6,49 €		161	AV	15,09 €
041 RV	11,75 €		161	RV	19,25 €
042 AV	4,56 €		162	AV	19,96 €
042 RV	11,70 €		162	RV	21,25 €
043 AV	6,73 €		163	AV	20,81 €
043 RV	14,24 €		163	RV	23,39 €
044 AV	4,48 €		164	AV	63,13 €
044 RV	10,75 €		164	RV	83,08 €
045 AV	5,58 €		Internisten, Fachgruppe 19		
045 RV	13,79 €		190	AV	Keine RG vorhanden
046 AV	4,38 €		190	RV	Keine RG vorhanden
046 RV	11,83 €		191	AV	58,20 €
Chirurgen, Fachgruppe 07			191	RV	142,85 €
070 AV	Keine RG vorhanden		192	AV	53,55 €
070 RV	Keine RG vorhanden		192	RV	130,58 €
071 AV	5,20 €		193	AV	65,38 €
071 RV	10,99 €				

**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 ZUZAHL	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 vorgeschriebene 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		