

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

Vereinbarung

§ 2

Information der Vertragsärzte

zwischen

**der AOK Rheinland – Die Gesundheitskasse
dem Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW
(handelnd für die Betriebskrankenkassen)**

der Innungskrankenkasse Nordrhein

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse NRW

**der VdAK/AEV Landesvertretung NRW
(handelnd für seine Mitgliedsassen)**

der Knappschaft

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
vertreten durch den Vorstand
(nachstehend KVNo genannt)**

über

Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel 2006

A

I.

Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel und Ver- fahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschrei- tung der Richtgrößen

Die **Anlage 2** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom **01.01.2006** folgende Fassung:

§ 1

Ermittlung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

(1) Zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens 2006 wird das Richtgrößenvolumen 2005 gemäß der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 84 Absatz 7 SGB V (Arzneimittel für das Jahr 2006 vom 06.10.2005) unter Berücksichtigung einer bedarfsgerechten, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung angepasst.

(2) Die Berechnungsergebnisse bilden die Richtgrößen gemäß Anlage B.

(1) Zur kontinuierlichen Frühinformation der KV Nordrhein über die in ihrem Bereich veranlassten Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel stellen die Krankenkassen bzw. ihre Verbände über die Spitzenverbände der Krankenkassen die vorläufigen Verordnungskosten im Rahmen einer standardisierten arztbezogenen Arzneimittel-Frühinformation (arztbezogene GKV Arzneimittelschnellinformation, „GAmSi“) bis Ende der 10. Kalenderwoche nach Ablauf des Quartals als ungeprüfte Quartalsberichte entsprechend der Vereinbarung über die arztbezogene Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V vom 04.06.2002 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Verfügung.

(2) Die Daten nach Absatz 1 sollen in erster Linie dem Vertragsarzt als Hilfestellung dienen, sein Arzneiverordnungsverhalten hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit kurzfristig zu überprüfen. Die Frühinformation ergänzt die Datenlieferungen nach § 3. Sie dient als Trendinformation und nicht dem Zwecke einer Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 3

Feststellung des quartalsbezogenen Verordnungsvolumens sowie der Richtgrößensumme

(1) Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände übermitteln der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses 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 valide Verordnungsvolumen mit folgenden Einzelangaben:

- Arztnummer
- Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in EURO (gesamt)
- Summe der Zuzahlungen in EURO und
- Anzahl der Verordnungsblätter.

Die Daten werden getrennt nach M, F und R übermittelt. Den Satzaufbau für die Datenlieferung legt die Anlage C fest. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Daten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden. Die KV Nordrhein übermittelt ebenfalls bis spätestens zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats die endgültigen Fallzahlen getrennt nach M, F und R an die Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses.

(2) Die Richtgrößensumme des einzelnen Arztes ergibt sich aus der Addition der Richtgrößenvolumina des AKV- und des KVdR-Bereiches. Die Richtgrößen-

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

volumina des AKV- und KVdR-Bereiches resultieren aus der vorangegangenen Multiplikation der jeweiligen Richtgröße mit der jeweiligen Fallzahl des Arztes im AKV- bzw. KVdR-Bereich. Die Richtgrößensumme wird unter Zugrundelegung der Fallzahlen des Arztes im betreffenden Quartal ermittelt; dabei werden Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung nicht mitberücksichtigt.

- (3) Für jedes Quartal übermittelt die Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses den von den Verbänden der Krankenkassen genannten Stellen und der KV Nordrhein 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 betreffenden Zeitraums um mehr als 25 % überschreitet und aufgrund der vorliegenden Daten der Prüfungsausschuss nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung). Basis der Vorab-Prüfung sind die auf der Quartalsbilanz ausgewiesenen Werte abzüglich der Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, die auf widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 3 und 4 entfielen. Die dem § 5 Abs. 3 und 4 entsprechenden Pharmazentralnummern werden von den Vertragspartnern gemeinsam spätestens bis zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats abgestimmt und der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses von der KV Nordrhein quartalsweise zur Verfügung gestellt.
- (2) Zum Zwecke der Auswertung für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses spätestens bis zum Ende des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Arzneiverordnungen des betreffenden Arztes. Die Inhalte und Strukturierung der Übersicht stimmen die Vertragspartner ab. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Daten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden.
- (3) Für die Ermittlung der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses spätestens bis zum Ende des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für alle nordrheinischen Ärzte ohne Versichertenbezug auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Arzneiverordnungen des betreffenden Arztes.
- (4) Für die Durchführung der Prüfverfahren stellt die Geschäftsstelle 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)
 - Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe
 - Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, die auf widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 3 entfallen
 - Summe Praxisbesonderheiten, die auf widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 4 entfallen
 - die von den Krankenkassen bzw. den Verbänden der Krankenkassen nach Absatz 2 erhaltenen Übersichten
- Die Ausweisung der Praxisbesonderheiten erfolgt unter dem Hinweis, dass es sich lediglich um widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten handelt, die im Rahmen eines Prüfverfahrens überprüft werden müssen.

Den Satzaufbau für die Datenlieferungen legt die Anlage C fest.

Für ein Prüfverfahren werden ergänzend elektronische Abbilder der Arzneirezepte (Images) bzw. die Originalrezepte des Arztes hinzugezogen, wenn und

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

soweit dies erforderlich ist, um zum Beispiel vom Arzt geltend gemachte Zweifel an den Aussagen der Übersicht nach Absatz 4 auszuräumen. Ein einheitliches Datenformat stimmen die Vertragspartner ab. Macht der Arzt Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet der Prüfungsausschuss, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und die Richtigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe aus den Originalbelegen oder aus Kopien dieser Belege zu überprüfen ist. Die Stichprobe umfasst mindestens 20 % der abgerechneten Fallzahl des Arztes, aber mindestens 100 Fälle. Die durchschnittlichen Verordnungskosten der Stichprobe müssen den durchschnittlichen Verordnungskosten der Gesamtfallzahl der Praxis entsprechen.

Im Übrigen sind die Unterlagen nach Absatz 4 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 der §§ 12 und 70 SGB V und der Arzneimittel-Richtlinien begrenzt.
- (2) Abweichend vom üblichen Grundsatz (Absatz 6) obliegt die Beweislast für die Anerkennung als Praxisbesonderheit bei den in Absatz 3 und Absatz 4 genannten Indikationen nicht dem betreffenden Arzt.
- (3) Indikationen nach Absatz 2 sind die Nachfolgenden. Der Prüfungsausschuss hat sämtliche darauf entfallenden Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zu Grunde 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.
 - Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglu-cerase/ Imiglucerase
 - Hormonelle Behandlung und In-vitro-Fertilisation bei Sterilität nach strenger Indikationsstellung
 - Interferon- oder Mitoxantron-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 oder Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, auch in

Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln

- Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
- Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
- Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verwendungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen
- Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
- Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitung
- Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
- Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen
- Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
- Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
- 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 und bei Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern.

Für jede Indikationen steht dabei eine Symbolnummer nach Anlage D zur Verfügung.

- (4) Weitere Indikation nach Absatz 2 sind Folgende. Der Prüfungsausschuss hat die von der Arztgruppentypik abweichenden Mehrkosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zu Grunde zu legen. Die Mehrkosten sind aufgrund der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe zu berücksichtigen. 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.

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

- 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)
 - Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika
 - Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien
 - Therapie des Morbus Crohn mit Infliximab
 - Antiepileptika
 - Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
 - Moderne Glaukomtherapie (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost und Brimatoprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen
 - Antiparkinsonmittel
 - Antithrombotische Mittel (nur Heparin und Heparinoide, parenteral)
 - Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer sowie Memantin
 - Selektive Serotonin-5HT₁-Agonisten
 - systemische Psoriasisstherapie
 - Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose
 - Methylphenidatbehandlung
 - neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen
 - Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen
 - Arzneimittel zur Behandlung des sekundären Hyperparathyreoidismus bei dialysepflichtigen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz
- Für jede Indikation steht dabei eine Symbolnummer nach Anlage D zur Verfügung.

- (5) Fallzahlveränderungen aufgrund der Änderungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz sind von den Ausschüssen von Amts wegen zu ermitteln und entsprechend zu würdigen.
- (6) 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 sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach obliegt dem zu prüfenden Arzt.

- (7) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Arzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Praxisbesonderheiten darzulegen. Für Praxisbesonderheiten nach den Absätzen 2, 3 und 4 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 6 hat der betreffende Arzt darzulegen, aufgrund welcher besonderen, der Art und der Anzahl nach von der Typik in der Arztgruppe abweichenden Erkrankungen er
- welche Arzneitherapien
 - mit welchen (ggf. geschätzten) Mehrkosten je Behandlungsfall veranlasst hat.

§ 6

Entscheidungen des Prüfungsausschusses

- (1) Der Prüfungsausschuss hat auf die Durchführung des Prüfverfahrens zu verzichten, wenn aufgrund der vorliegenden Daten davon auszugehen ist, dass die Überschreitungen der Richtgrößensumme um mehr als 15 % durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorabprüfung). Der Prüfungsausschuss spricht eine schriftliche Beratung aus oder beauftragt die Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses mit der Durchführung einer Pharmakotherapieberatung, wenn die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist und die Richtgrößensumme nicht mehr als 25% überschritten wird. Die Beratungsgespräche können im Rahmen des Vertrages über die „Unterstützung bei der Pharmakotherapieberatung nach § 106 SGB V und der Aufgaben nach § 305a SGB V sowie § 73 Abs. 8 SGB V“ zwischen dem BKK-Bundesverband und den nordrheinischen Krankenkassen und der KV Nordrhein (gemeinsam vertreten durch den BKK-Landesverband) durchgeführt werden.
- (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 zu Grunde 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

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

Arztes die Rabatte gemäß § 130, 130a SGB V sowie die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert.

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 ggf. 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.

*Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach,
Münster, Bochum, den 21.11.2005*

<i>Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Dr. Leonhard Hansen Vorsitzender des Vorstandes</i>	<i>AOK Rheinland, Die Gesundheitskasse Wilfried Jacobs Vorsitzender des Vorstandes</i>
--	--

<i>IKK Nordrhein Hauptverwaltung- Dr. Brigitte Wutschel-Monka Vorsitzende des Vorstandes</i>	<i>Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen Jörg Hoffmann Vorstandsvorsitzender</i>
--	--

<i>Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen Heimo-Jürgen Döge Hauptgeschäftsführer</i>	<i>Knappschaft Klaus Jochheim</i>
--	---------------------------------------

<i>Verband der Angestellten- Krankenkassen e. V. Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Andreas Hustadt Leiter der Landesvertretung</i>	<i>AEV-Arbeiter- Ersatzkassen-Verband e. V. Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Andreas Hustadt Leiter der Landesvertretung</i>
---	--

Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung 2006

Arztgruppe	Richtgröße 2006 AV/RV* in EURO
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte (80-89)	AV: 39,82 RV: 132,42
Anästhesiologie (01-03)	AV: 31,00 RV: 93,61
Augenheilkunde (04-06)	AV: 5,64 RV: 14,69
Chirurgie (07-09)	AV: 9,43 RV: 17,99
Gynäkologie (10-12)	AV: 14,61 RV: 34,49
HNO einschl. Phoniatrie und Pädaudiol. (13-15)	AV: 11,00 RV: 8,06
Haut- und Geschlechtskrankheiten (16-18)	AV: 19,41 RV: 21,12
Innere Medizin (19-22), hausärztlich	AV: 55,71 RV: 130,90
Innere Medizin (19-22), fachärztlich einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV: 180,68 RV: 235,18
Kinderheilkunde (23-25)	AV: 26,18 RV: 50,45
MKG-Chirurgie (35-37)	AV: 6,75 RV: 4,78
Nervenheilkunde (38-40) (Neurologie/Psychiatrie)	AV: 93,90 RV: 122,09
Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
Orthopädie (44-46) einschl. orthopädischer Rheumatol.	AV: 6,74 RV: 19,64
Urologie (56-58)	AV: 22,36 RV: 62,15

* AV: Allgemeinversicherte (Mitglieder- und Familienversicherte)
RV: Rentenversicherte
Fehlende Fachgruppen: keine Richtgrößen vereinbart

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

Anlage C zur Richtgrößenvereinbarung 2005

Satzaufbau nach § 3 Abs. 1:

01	ARZTSUMMENSATZ.		
05	QJJJ.	Zeitraum Quartal/Jahr	PIC 9(05).
05	ABSENDER.	Kassennummer	PIC 9(05).
05	ARZTNR.	Arztnummer	
10	ARZTBR	Bereichsnr	PIC 9(02).
10	ARZTFG	Fachgruppe	PIC 9(02).
10	ARZTLFNR	Lfd. Nummer	PIC 9(03).
05	SU-MITGL.	Summen Mitglieder	
10	BRU-MITGL	Rezeptbruttokosten	PIC 9(07)V99.
10	ZUZ-MITGL	Zuzahlungen	PIC 9(06)V99.
10	ANZ-MITGL	Anzahl Verordnungen	PIC 9(05).
05	SU-FAMI.	Summen Familienangeh.	
10	BRU-FAMI	Rezeptbruttokosten	PIC 9(07)V99.
10	ZUZ-FAMI	Zuzahlungen	PIC 9(06)V99.
10	ANZ-FAMI	Anzahl Verordnungen	PIC 9(05).
05	SU-RENT.	Summen Rentner	
10	BRU-RENT	Rezeptbruttokosten	PIC 9(07)V99.
10	ZUZ-RENT	Zuzahlungen	PIC 9(06)V99.
10	ANZ-RENT	Anzahl Verordnungen	PIC 9(05).
05	SU-STAT.	Summen Verordnungen ohne Vers.status	
10	BRU-MITGL	Rezeptbruttokosten	PIC 9(07)V99.
10	ZUZ-MITGL	Zuzahlungen	PIC 9(06)V99.
10	ANZ-MITGL	Anzahl Verordnungen	PIC 9(05).
05	FILLER		PIC X(05).

Stellen insg : 110

Satzaufbau nach § 4 Abs. 1-4:

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

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

10	EINHEIT(3)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(3)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(4)	Vierte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(4)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(4)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(5)	Fünfte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(5)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(5)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(6)	Sechste PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(6)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(6)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(7)	Siebte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(7)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(7)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(8)	Achte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(8)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(8)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(9)	Neunte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(9)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(9)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.

Fixe Länge 368.

1)=nur im Falle einer fehlenden Versichertennummer Datensatzinhalt

Für Arzneimittel, bei denen der Bruttopreis nicht höher als der Zuzahlungsbetrag ist, ist im Einzeltaxfeld der Betrag anzugeben. Diese Arzneimittel sind jedoch weder im Feld „Gesamtbrutto“ noch im Feld „Zuzahlung“ zu berücksichtigen.

Anlage D zur Richtgrößenvereinbarung 2006

Praxisbesonderheiten nach § 5 Absatz 3 und 4 können mit der Abrechnung gemeldet werden. Die betreffende Symbolnummer kann dabei an jedem Tag des Quartals an der Stelle des Behandlungsausweises eingetragen werden, 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

90901	Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase
90902	Hormonelle Behandlung und In-vitro-Fertilisation bei Sterilität nach strenger Indikationsstellung
90903	Interferon- oder Mitoxantron-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

90904	Interferon-Therapie bei Hepatitis B oder Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, auch in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln
90905	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
90906	Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
90907	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen
90908	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
90909	Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitung
90910	Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
90911	Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen unter Beachtung des Orientierungsrahmens zur Verordnung von Teststreifen

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

	der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände der Krankenkassen
90912	Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen
90913	Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
90914	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
90915	Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika
90916	Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien
90917	Therapie des Morbus Crohn mit Infliximab
90918	Antiepileptika
90919	Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase
90920	Verteoporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer choriodaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
90921	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 und bei Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern.
90922	Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
90923	Moderne Glaukomtherapeutika (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost und Brimatoprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen
90924	Antiparkinsonmittel
90925	Antithrombotische Mittel (nur Heparin und Heparinoide; parenteral)

90926	Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer sowie Memantin
90927	Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten
90928	systemische Psoriasis therapie
90929	Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose
90930	Methylphenidatbehandlung
90931	neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen
90932	Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen
90933	Arzneimittel zur Behandlung des sekundären Hyperparathyreoidismus bei dialysepflichtigen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz.

Anlage E zur Richtgrößenvereinbarung 2006

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

Diagnose/Therapie	Verordnungsfähigkeit von
Diabetes mellitus Typ-2 Diät und Tabletten	Urinteststreifen Blutzuckerteststreifen nur in Ausnahmefällen bei Folgeerkrankungen oder pathologischer Nierenschwelle; dann höchstens 50 Teststreifen pro Quartal
Insulin	Blutzuckerteststreifen, in der Regel 100 Teststreifen pro Quartal; maximal 200 Teststreifen pro Quartal
Diabetes mellitus Typ-1	
Generell	400 Blutzuckerteststreifen pro Quartal
ICT- und Pumpentherapie generell	600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

**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 F zur Richtgrößenvereinbarung 2006

Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	80-89
Anästhesiologie	01-03
Augenheilkunde	04-06
Chirurgie	
einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfallchirurgie	07-09
Gynäkologie	10-12
HNO einschl. Phoniatrie und Pädaudiol.	13-15
Haut- und Geschlechtskrankheiten	16-18
Innere Medizin (hausärztlich)	19-22
Innere Medizin (fachärztlich)	19-22
einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	
Kinderheilkunde	23-25
MKG-Chirurgie	35-37
Nervenheilkunde (Neurologie/Psychiatrie)	
Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	38-40
Orthopädie	
einschl. orthopädischer Rheumatol.	44-46
Urologie	56-58

**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
Münster**

**die Knappschaft
Bochum**

**der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf**

**der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf**

– andererseits –

**schließen gemäß § 84 Abs. 1 in Verbindung mit
Abs. 8 SGB V folgende**

**Heilmittelvereinbarung für
das Jahr 2006**

Präambel

Die Vereinbarungspartner haben sich auf der Grundlage der Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2006 auf die Inhalte einer Heilmittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V verständigt. Über die Ausgabenvolumina für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlassten Heilmittel (§ 32 SGB V) sowie auf die Einhaltung dieses Volumens ausgerichtete Maßnahmen (z. B. Information und Beratung) besteht Einvernehmen. Ziel dieser Vereinbarung ist es, auf eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Heilmittelversorgung hinzuwirken.

§ 1

Ausgabenvolumen 2006

Unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wird das Ausgabenvolumen für Heilmittel (§ 32 SGB V)

für das Jahr 2006 auf den Betrag von **390.000.000 Euro**

festgelegt.

§ 2

Gemeinsame Arbeitsgruppe

Die kontinuierliche Begleitung dieser Heilmittelvereinbarung obliegt der von den Vereinbarungspartnern zu bildenden und paritätisch besetzten gemeinsamen Arbeitsgruppe. Diese beobachtet zeitnah die Ausgabenentwicklung und schlägt situationsbezogene Maßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens nach § 1 dieser Vereinbarung vor. Die Vereinbarungspartner können der Arbeitsgruppe einvernehmlich weitere Aufgaben zuweisen. Ein von den Verbänden der Krankenkassen benannter Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ist berechtigt, an den Sitzungen der Arbeitsgruppe ohne eigenes Stimmrecht beratend teilzunehmen.