

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 2 zur Prüfvereinbarung (01.01.2008)

Vereinbarung

zwischen

**der AOK Rheinland/Hamburg – 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 Mitgliedschaften)
der Knappschaft

und

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

über

**Richtgrößen für Arznei-
und Verbandmittel 2008**

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

Die **Anlage 2** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom **01.01.2008** folgende Fassung:

§ 1

Ermittlung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens 2008 wird das Richtgrößenvolumen 2007 gemäß der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 84 Absatz 7 SGB V (Arzneimittel für das Jahr 2008 vom 17.09.2007) unter Berücksichtigung einer bedarfsgerechten, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung angepasst.
- (2) 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 stellen die Krankenkassen bzw. ihre Verbände über den Spitzenverband 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 Prüfungsstelle (§ 106 Abs. 4 S.1) spätestens bis zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats – nach gegebenenfalls erforderlichen Ergänzungen – das endgültige valide Verordnungsvolumen mit folgenden Einzelangaben:
 - Arztnummer
 - Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in Euro (gesamt)
 - Summe der Zuzahlungen in Euro und
 - Anzahl der Ordnungsblätter.

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 Prüfungsstelle.

- (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. Die Richtgrößensumme wird unter Zugrundelegung der Fallzahlen des Arztes im betreffenden Quartal ermittelt; dabei werden Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung nicht mitberücksichtigt.

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) Für jedes Quartal übermittelt die Prüfungsstelle den von den Verbänden der Krankenkassen genannten Stellen und der KV Nordrhein auf Datenträgern 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.
- (3) Für die Ermittlung der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Prüfungsstelle spätestens bis zum Ende des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für alle nordrheinischen Ärzte ohne Versichertenbezug auf Datenträgern 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

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 die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorabprüfung). Basis der Vorabprüfung 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 Prüfungsstelle 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 Prüfungsstelle 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.

- (4) Für die Durchführung der Prüfverfahren erstellt die Prüfungsstelle folgende Daten zusammen:
- Arztnummer
 - Betriebsstättennummer
 - 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 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 die Prüfungsstelle, 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 min-

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

destens 20 Prozent 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 4* 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 5*) 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. Die Prüfungsstelle hat sämtliche darauf entfallenden Verordnungskosten 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. Die Prüfungsstelle hat hierzu Feststellungen zu treffen und im Prüfbescheid darzulegen.
 - Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/ Imiglucerase
 - Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha
 - Hormonelle Behandlung der in-vitro-Fertilisation und Stimulation bei der Sterilität nach strenger Indikationsstellung
 - Interferon-, Natalizumab- 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 verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen
- 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 Rezepturzubereitung
 - 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
 - Therapie des Alpha1-Antitrypsinmangels durch parenteralen Ersatz von α_1 -Antitrypsin
 - 4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Katalplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie

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

- (4) Weitere Indikationen nach *Absatz 2* sind folgende. Die Prüfungsstelle hat die von der Arztgruppentypik abweichenden Mehrkosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde 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. Die Prüfungsstelle 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 dafür zugelassenen TNF-Antagonisten
- 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 oder zur Behandlung von Knochenmetastasen
- Methylphenidat- und Atomoxetin-Behandlung
- neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen
- Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen
- Arzneimittel zur Behandlung des sekundären Hyperparathyroidismus bei dialysepflichtigen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz

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

- (5) 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.
- (6) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Arzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegen-

heit, 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 5* 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 der Prüfungsstelle

- (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). Die Prüfungsstelle spricht eine schriftliche Beratung aus oder beauftragt die *Zentrale Stelle Pharmakotherapieberatung* 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 die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand als pauschalen Regress fest. Die von der Prüfungsstelle anerkannten Praxisbesonderheiten sind im Prüfbescheid zu definieren; die von der Prüfungsstelle zugrunde gelegte sachliche Begründung sowie die Kosten- bzw. Mehrkostenberechnung für anerkannte Praxisbesonderheiten ist ebenfalls darzulegen.
- (3) Die Festsetzung des Regressbetrages erfolgt unter Zugrundelegung auf Nettobasis bereinigter Werte für das Verordnungsvolumen des Arztes einerseits und für die Richtgrößensumme andererseits. Hierzu werden von den (Brutto-) Verordnungskosten des

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.

Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, Münster,
Bochum, den 02.11.2007

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Dr. Leonhard Hansen Vorstandsvorsitzender	AOK Rheinland/Hamburg Die Gesundheitskasse Cornelia Prüfer-Storcks Mitglied des Vorstandes
--	---

BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen Jörg Hoffmann Vorsitzender des Vorstandes	IKK Nordrhein Dr. Brigitte Wutschel-Monka Vorsitzende des Vorstandes
--	--

Knappschaft Rolf Stadié Direktor	Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen Heimo-Jürgen Döge Hauptgeschäftsführer
--	--

Verband der Angestellten Landesvertretung NRW Andreas Hustadt Leiter der Landesvertretung	AEV-Arbeiter-Ersatzkassen- Krankenkassen e.V. Verband e.V. Landesvertretung NRW Andreas Hustadt Leiter der Landesvertretung
--	--

Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung 2008

Arztgruppe	Richtgröße 2008 AV/RV* in EURO
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	AV: 44,10 RV: 146,66
Anästhesiologie	AV: 34,33 RV: 103,67
Augenheilkunde	AV: 6,25 RV: 16,27
Chirurgie	AV: 10,45 RV: 19,92
Gynäkologie	AV: 16,18 RV: 38,20
HNO einschl. Phoniatrie und Pädaudiol.	AV: 12,18 RV: 8,92
Haut- und Geschlechtskrankheiten	AV: 21,50 RV: 23,39
Innere Medizin, hausärztlich	AV: 61,70 RV: 144,98
Innere Medizin, fachärztlich einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV: 200,11 RV: 260,46
Kinderheilkunde	AV: 29,00 RV: 55,88
MKG-Chirurgie	AV: 7,48 RV: 5,29
Nervenheilkunde (Neurologie/Psychiatrie) Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	AV: 104,00 RV: 135,21
Orthopädie einschl. orthopädischer Rheumatol.	AV: 7,46 RV: 21,76
Urologie	AV: 24,76 RV: 68,84

*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 2008

Satzaufbau nach § 3 Abs. 1:

01	ARZTSUMMENSATZ.		
05	QJJJ.	Zeitraum Quartal/Jahr	PIC 9(05).
05	ABSENDER.	Kassennummer	PIC 9(05).
05	BSNR.	Betriebsstättennummer	PIC 9(09).
05	ARZTNR.	Arztnummer	PIC 9(09).
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 insgesamt: 121

Satzaufbau nach § 4 Abs. 1-4:

01	Verordnungssatz.		
05	KASSEN-VKNR	Pseudo-VKNR der Kassengruppe	PIC 9(09).
05	JJJJMMTT	Verordnungsdatum	PIC 9(08).
05	BSNR	Betriebsstättennummer	PIC 9(09).
05	ARZTNR	Arztnummer	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.

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	PZN-NR(3)	Dritte PZN	PIC X(10).
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 381.

¹⁾ = nur im Falle einer fehlenden Versichertennummer Datensatzinhalt

Betriebsstättennummer: Solange die Betriebsstättennummer noch nicht vorliegt wird hier die 7-stellige Arztabrechnungsnummer mit 2 Leerzeichen übertragen.

Arztnummer: Solange die Betriebsstättennummer noch nicht vorliegt werden hier 9 Leerzeichen übertragen.

Wenn die Betriebsstättennummern vorliegen, werden Arztnummern übermittelt, soweit diese nach *BMV-Ä § 44 (6)* übertragen wurden. Falls keine Arztnummern vorliegen, so wird das Feld mit „000000000“ aufgefüllt.

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 2008 90903

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 Frequenztabelle zur Verfügung gestellt werden.

<u>Symbolnummer</u>	<u>Praxisbesonderheit Arzneimittel</u>
90901	Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase
90902	Hormonelle Behandlung der in-vitro-Fertilisation und Stimulation bei der Sterilität nach strenger Indikationsstellung

90903	Interferon-, Natalizumab- 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

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

90906	Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz	
90907	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezeptzubereitungen	
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 Rezeptzubereitung	
90910	Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen	
90911	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	
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 dafür zugelassenen TNF-Antagonisten	
90918	Antiepileptika	
90919	Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase	
90920	Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer chorioidaler 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 Psoriasistherapie
		90929 Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose oder zur Behandlung von Knochenmetastasen
		90930 Methylphenidat- und Atomoxetin-Behandlung
		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
		90934 Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha
		90935 Behandlung des Alpha1-Antitrypsinmangels
		90936 4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie

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 E zur Richtgrößenvereinbarung 2008

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

Anlage F zur Richtgrößenvereinbarung 2008

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) einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	19-22
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

Anlage 3 zur Prüfvereinbarung (01.01.2008)

Vereinbarung

zwischen

**der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
dem Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW**
(handelnd für die Betriebskrankenkassen)
der IKK Nordrhein
der Landwirtschaftlichen Krankenkasse NRW
der VdAK/AEV Landesvertretung NRW
(handelnd für seine Mitgliedskassen)
der Knappschaft
(nachstehend Krankenkassen/-verbände genannt)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
vertreten durch den Vorstand
(nachstehend *KVNo* genannt)

über

Richtgrößen für Heilmittel 2008

A

I.

Richtgrößen für Heilmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen

Die **Anlage 3** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom **01.01.2008** folgende Fassung:

§ 1

Richtgrößen für Heilmittel

(1) Für die in der Anlage 3 D genannten Arztgruppen werden jeweils die aus Anlage 3 B ersichtlichen Richtgrößen getrennt nach den beiden Versicherungsguppen AKV- und KVdR festgesetzt.

Grundlage für die Ermittlung des Anteils der einzelnen Arztgruppen ist die von der KV Nordrhein erhobene Zahlenbasis der Quartale I/06 bis IV/06, getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten, unter Berücksichtigung der zugehörigen Behandlungsfälle, wiederum getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten.