

(3) Die Vereinbarungspartner stimmen weiterhin überein, dass die Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel durch Einrichtungen nach § 116 b SGB V pauschal mit einem Betrag in Höhe von 30.711.649,84 EURO berücksichtigt sind. Wird dieser Betrag im Kalenderjahr 2014 unter- oder überschritten, so wird die Höhe des Ausgabenvolumens 2014 für Arznei- und Verbandmittel um die Differenz aus dem o. g. Betrag und den tatsächlich ermittelten Ausgaben für Verordnungen nach § 116b SGB V bereinigt. Die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen weisen die Kosten nach Satz 1 gesondert aus.

§ 10

Laufzeit, Anschlussvereinbarung

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2014 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2014. Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2014 erfolgt.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, Dresden, den 31.05.2014

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Bernd Brautmeier
Vorstand

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
Günter Wältermann
Vorsitzender des Vorstandes

BKK-Landesverband
NORDWEST
Dr. Dirk Janssen
Vorstandsbevollmächtigter

IKK classic
Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter
Vertragspartner Nordrhein

Knappschaft Bochum
Die Geschäftsführung
Bettina am Orde
Direktorin

Sozialversicherung für
Landwirtschaft
Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Verband der Ersatzkassen e.V.
Dirk Ruiss
Leiter der Landesvertretung NRW

Vereinbarung

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf

dem BKK-Landesverband NORDWEST
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

der IKK classic
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten
und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse
Hoher Heckenweg 76-80, 48147 Münster

der Knappschaft
Pieperstraße 14 - 28, 44789 Bochum

den Ersatzkassen

- BARMER GEK, Berlin
- Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
- DAK-Gesundheit, Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH, Hannover
- HEK - Hanseatische Krankenkasse, Hamburg
- hkk, Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
gem. § 212 Abs. 5 S.6 SGB V:
Verband der Ersatzkassen e. V., (vdek),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung NRW

und

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

über

Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel 2014

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

Die **Anlage 2** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom 01.01.2014 folgende Fassung:

§ 1

Ermittlung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens 2014 wird das Richtgrößenvolumen 2013 gemäß der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 84 Absatz 7 SGB V (Arzneimittel für das Jahr 2014 vom 26.09.2013) 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:
 - Betriebsstättennummer (BSNR)
 - Lebenslange Arztnummer (LANR)
 - 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 Prüfungsstelle.
- (2) Die Richtgrößensumme des einzelnen Arztes ergibt sich aus der Addition der Richtgrößenvolumina des allgemein Krankenversicherten (AKV-) und des Krankenversicherten der Rentner (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.

- (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.

§ 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). Dabei sind die Rabatte aufgrund von Verträgen nach § 130 a Abs. 8 SGB V auf Verordnungsebene kassenindividuell zu berücksichtigen. Hierbei erfolgen Bereinigungen auf Basis der betroffenen PZN, die allerdings auch prozentual vorgenommen werden können. 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 (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 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.
- (3) Für die Ermittlung der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übermitteln die Krankenkassen bzw. Ver-

bände 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) Für die Durchführung der Prüfverfahren stellt die Prüfungsstelle folgende Daten zusammen:
- Betriebsstättennummer
 - Lebenslange 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 der (Brutto-) Verordnungskosten, 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 mindestens 20 Prozent der abgerechneten Fallzahlen 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 und Wirkstoffen nicht dem betreffenden Arzt.
- (3) Indikationen und Wirkstoffe 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/Imiglucrase
 - Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha
 - Hormonelle Behandlung der in-vitro-Fertilisation und Stimulation bei der 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. Andere für diese Indikation zugelassene antivirale Mittel
 - Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
 - Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
 - Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen
 - Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysären Minderwuchs
 - Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorkranken 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
- Therapie des Alpha1-Antitrypsinmangels durch parenteralen Ersatz von Alpha1-Antitrypsin
- 4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie
- Therapie der Pulmonalen Arteriellen Hypertonie (PAH) mit den dafür zugelassenen Präparaten
- Wirkstoffe, für die im Rahmen der Vereinbarungen nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Anerkennung der Verordnung des Arzneimittels als Praxisbesonderheit nach § 130b Abs. 2 Satz 1 SGB V bis zum 01.11.2012 vorgesehen ist.

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

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.

- 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, Bimatoprost und Tafluprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind

- oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen
- Antiparkinsonmittel
- Antithrombotische Mittel, parenteral
- Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer sowie Memantin
- Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten
- Systemische Psoriasistherapie
- 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
- Ziconotid, nur wenn eine zuvor durchgeführte Opioidtherapie nicht ausreicht, oder nicht vertragen wurde
- Linezolid, nur zur Fortführung einer im Krankenhaus begonnenen Linezolid-Therapie über insgesamt maximal 28 Tage.

Für jede Indikation steht dabei eine Symbolnummer 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 sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach 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, 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) Die Prüfungsstelle 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 Praxisbeson-

Amtliche Bekanntmachungen

derheiten begründet ist (Vorab-Prüfung). Die Prüfungsstelle spricht eine schriftliche Beratung aus oder beauftragt eine geeignete Einrichtung mit der Durchführung einer Pharmakotherapieberatung, wenn die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist und die Richtgrößensumme nicht mehr als 25% überschritten wird.

- (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 Arztes die Rabatte gemäß § 130, 130 a Abs. 1 bis Abs. 7 SGB V sowie die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert.
- (4) Bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % nach Anerkennung der Praxisbesonderheiten wird die betroffene Praxis nach § 106 Abs. 5e SGB V individuell beraten. Die Beratung erfolgt schriftlich durch die Prüfungsstelle mit dem zusätzlichen Angebot einer ergänzenden persönlichen Beratung innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der schriftlichen Beratung der Prüfungsstelle. Das Datum der Aufgabe der schriftlichen Beratung zur Post plus drei Werktage gilt als Datum der individuellen Beratung gemäß § 106 Abs. 5e Abs. 2 SGB V. Die ergänzende persönliche Beratung wird gemäß der Vereinbarung zur Intensivierung der Pharmakotherapieberatung als Gemeinschaftsaufgabe vom 01.06.2010 durchgeführt. Diese Regelung gilt auch für Verfahren, für die in 2012 ein Bescheid versandt wurde.

Im Übrigen gelten für die Durchführung der Prüfverfahren die Regelungen der Prüfvereinbarung, sowie die Vereinbarung gemäß § 8 der Arzneimittelvereinbarung 2014.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, Dresden, den 30.05.2014

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstands

Bernhard Brautmeier
Vorstand

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
Günter Wältermann
Vorsitzender des Vorstandes

BKK-Landesverband
NORDWEST
Dr. Dirk Janssen
Vorstandsbevollmächtigter

IKK classic
Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter
Vertragspartner Nordrhein

Knappschaft Bochum
Bettina am Orde
Direktorin

Sozialversicherung für
Landwirtschaft Forsten und
Gartenbau (SVLFG)

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Dirk Ruiss
Leiter der Landesvertretung NRW

Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung 2014

Arztgruppe	Richtgröße 2014 AV/RV* in Euro	
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte (80-89)	AV:	53,60 €
	RV:	136,89 €
Anästhesiologie (01-03)	AV:	48,27 €
	RV:	135,62 €
Augenheilkunde (04-06)	AV:	6,46 €
	RV:	14,45 €
Chirurgie (07-09)	AV:	8,89 €
	RV:	15,73 €
Gynäkologie (10-12)	AV:	19,19 €
	RV:	54,50 €
HNO einschl. Phoniatrie und Pädaudiologie (13-15) :	AV:	14,41 €
	RV:	5,44 €
Haut- und Geschlechtskrankheiten (16-18)	AV:	29,66 €
	RV:	24,53 €
Innere Medizin (19-22), hausärztlich	AV:	53,60 €
	RV:	136,89 €
Innere Medizin (19-22), fachärztlich einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV:	292,32 €
	RV:	324,82 €
Kinderheilkunde (23-25)	AV:	32,26 €
	RV:	60,02 €
MKG-Chirurgie (35-37)	AV:	6,64 €
	RV:	4,54 €
Nervenheilkunde (38-40) (Neurologie/Psychiatrie) Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	AV:	160,64 €
	RV:	168,19 €
Orthopädie (44-46) einschl. orthopädischer Rheumatologie	AV:	7,40 €
	RV:	18,35 €
Urologie (56-58)	AV:	27,78 €
	RV:	66,20 €

*AV: Allgemeinversicherte (Mitglieder- und Familienversicherte)

*RV: Rentenversicherte

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgrößen vereinbart

Anlage C zur Richtgrößenvereinbarung 2014

Satzaufbau nach § 3 Abs. 1:

Beschreibung		Feld	Typ	Länge
Stamm- daten	Zeitraum_Quartal/ Jahr	QJJJ	Zahl	5
	Kassennummer	Absender	Zahl	5
	Betriebsstätten- nummer	BSNR	Text	9
	Lebenslange_ Arztnummer	LANR	Text	9
Summen Mitglieder	Rezeptbruttokosten	BRU_MITGL	Zahl	9
	Zuzahlungen	ZUZ_MITGL	Zahl	8
	Anzahl_Verordnungen	ANZ_MITGL	Integer	5
Summen Familien- angehörige	Rezeptbruttokosten	BRU_FAMI	Zahl	9
	Zuzahlungen	ZUZ_FAMI	Zahl	8
	Anzahl_Verordnungen	ANZ_FAMI	Integer	5
Summen Rentner	Rezeptbruttokosten	BRU_RENT	Zahl	9
	Zuzahlungen	ZUZ_RENT	Zahl	8
	Anzahl_Verordnungen	ANZ_RENT	Integer	5
Summen Verord- nungen ohne Versicher- tenstatus	Rezeptbruttokosten	BRU_STAT	Zahl	9
	Zuzahlungen	ZUZ_STAT	Zahl	8
	Anzahl_Verordnungen	ANZ_STAT	Integer	5

Satzaufbau nach § 4 Abs. 1-4:

Nr.	Bezeichnung	max. Länge	Typ	Beschreibung
0	Datensatz- version	4	Text	Versionsnummer des Daten- satzes Hier ist die Datensatzversion = V200 einzutragen
1	Lebenslange Arztnummer (LANR)	9	Text	Exakt nach TA3 vom 08.11.2007 Segment ZUP25

1)

Nr.	Bezeichnung	max. Länge	Typ	Beschreibung
2	Betriebs- stättennum- mer (BSNR)	9	Text	Exakt nach TA3 vom 08.11.2007 Segment ZUPO2
3	Verordnungs- quartal	5	Text	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,]
4	IK der Krankenkasse	9	Text	Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt
5	Versicherten- status	1	Zahl	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner
6	Beleg- nummer	18	Text	Belegung nach TA1, TA3 und TA 4 zum Datenaustausch nach § 300 SGB V
7	Rezeptdatum	8	Zahl	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung Quellenhinweis: ZUP-Seg- ment.Datum (Ausstellung)
8	Versicherten- nummer	50	Text	Nicht mit Leerzeichen auf- füllen, eventuell pseudo- nymisiert (siehe Landes- vereinbarung und 1.4 Pseu- donymisierung der Versichertennummer)
9	Geburts- datum	8	Zahl	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar
10	Gesamt- brutto	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: Σ EFP- Segment.Betrag
11	Gesamt- zuzahlung	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: Σ PosZuzahlung* oder BES-Segment.Zuzahlung*
12	Gesamtnetto	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Quellenhinweis: Σ EFP-Segment.Betrag (Brutto)- Σ NPB-Segment.Betrag (Rabatt) - Gesamtzuzahlung
13	PZN- Schlüssel 1	8	Zahl	Quellenhinweis: EFP-Segment.Kennzeichen
14	Faktor 1	4	Zahl	Quellenhinweis: EFP-Seg- ment.Anzahl Einheiten

2)

Amtliche Bekanntmachungen

15	Positionsbrutto 1	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag
Nr.	Bezeichnung	max. Länge	Typ	Beschreibung
16	Positionsnetto 1	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag - Σ NPB-Segment - PosZuzahlung*
17	Herstellerrabatt 1	15	Zahl	Herstellerrabatt nach § 130a, Abs. 8 SGB VI In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, nur positive Werte zulässig Quellenhinweis: Kassen-Herstellerrabatt pro PZN *Faktor 1
53	PZN-Schlüssel 2-9	8	Zahl	
54	Faktor 2-9	4	Zahl	
55	Positionsbrutto 2-9	15	Zahl	
56	Positionsnetto 2-9	15	Zahl	
57	Herstellerrabatt 2-9	15	Zahl	

1): Falls keine Arztnummern vorliegen, so wird das Feld mit 000000000 aufgefüllt.

2): Format TTMMJJJJ; nur für Datenlieferung gemäß § 4 Abs. 3

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.

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Arzneimittel
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- 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 Glatiramacetat
90904	Interferon-Therapie bei Hepatitis B oder Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten und andere für diese Indikation zugelassene antivirale Mittel
90905	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
90906	Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
90907	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen
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 Rezepturzubereitung
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 (Anlage E)
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

Anlage D zur Richtgrößenvereinbarung 2014

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.

Amtliche Bekanntmachungen

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Arzneimittel
90918	Antiepileptika
90919	Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase
90920	Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer choriodaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung 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, Bimatoprost und Tafluprost ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen
90924	Antiparkinsonmittel
90925	Antithrombotische Mittel, 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

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Arzneimittel
90935	Behandlung des Alpha1-Antitrypsinmangels durch parenteralen Ersatz von Alpha1-Antitrypsin
90936	4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie
90937	Therapie der Pulmonalen Arteriellen Hypertonie (PAH) mit den dafür zugelassenen Präparaten
90939	Ziconotid, nur wenn eine zuvor durchgeführte Opioidtherapie nicht ausreicht, oder nicht vertragen wurde
90990	Linezolid, nur zur Fortführung einer im Krankenhaus begonnenen Linezolid-Therapie über insgesamt maximal 28 Tage
90995	Ticagrelor <ul style="list-style-type: none"> • nur bei Instabiler Angina pectoris (IA)/Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (NSTEMI) oder • bei Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI), perkutaner Koronarintervention, sofern die Patienten <ul style="list-style-type: none"> - entweder >= 75 Jahre sind und eine Therapie mit Prasugrel nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung nicht in Frage kommt, - oder eine transitorische ischämische Attacke oder ischämischen Schlaganfall in der Anamnese hatten
90994	Pirfenidon, nur bei leichter bis mittelschwerer idiopathischer pulmonaler Fibrose (IPF) bei Erwachsenen
90993	Abirateronacetat, nur bei Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient sind und für die eine erneute Behandlung mit Docetaxel nicht mehr infrage kommt

Anlage E zur Richtgrößenvereinbarung 2014

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

Diagnose/Therapie	Verordnungsfähigkeit von
Diabetes mellitus Typ-2 Nicht insulinpflichtige Diabetiker	Urin- und Blutzuckerteststreifen gemäß Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie
Insulin	Blutzuckerteststreifen, in der Regel 100 Teststreifen pro Quartal; maximal 200 Teststreifen pro Quartal

Diagnose/Therapie	Verordnungsfähigkeit von
Diabetes mellitus Typ-1 Generell	400 Blutzuckerteststreifen pro Quartal
ICT- und Pumpentherapie Generell	600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

Strukturvertrag

gemäß § 73a SGB V

zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf (Hausärzte-Strukturvertrag)

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg

handelnd als Landesverband gemäß § 207 Absatz 2 SGB V vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstandes Herrn Günter Wältermann
– nachfolgend AOK genannt –

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

vertreten durch den Vorstand
– nachfolgend KV Nordrhein genannt –

Präambel

Die Vertragspartner streben die Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der KV Nordrhein zunächst im hausärztlichen Bereich an. Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Herausforderung in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Nordrhein wird der nachfolgende Vertrag zwischen AOK und KV Nordrhein geschlossen. Ziel ist es hierbei, dem besonderen Betreuungsaufwand für Patientinnen und Patienten mit schwierigen und langwierigen Erkrankungen Rechnung zu tragen. Mit diesem Vertrag kommen die Vertragspartner ihrer gesetzlichen Verpflichtung und Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der ver-

tragsärztlichen Versorgung und nicht zuletzt auch ihrer sozialen Verantwortung nach und unterstützen nachhaltig die Stabilisierung der vertragsärztlichen Versorgung in der Region Nordrhein.

§ 1 Ziele

- (1) In Behandlung befindliche Patienten mit besonderen oder schwierigen und langwierigen Krankheiten (Anlage 1) benötigen eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität. Zur Optimierung der Versorgung dieser Patienten soll zunächst die Rolle der hausärztlichen Versorgung im Versorgungsmanagement gestärkt werden.
- (2) Die Vertragspartner werden regelmäßig überprüfen, inwieweit die in Anlage 1 aufgeführten Indikationsgruppen geeignet sind, den tatsächlichen Aufwand in der hausärztlichen Versorgung abzubilden. Soweit ein Anpassungsbedarf besteht, werden die Vertragspartner diesen einvernehmlich umsetzen. § 8 bleibt unberührt.
- (3) Die Anlagen 1 bis 3 sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Der Hausärzte-Strukturvertrag findet seine Anwendung im Bezirk der KV Nordrhein und gilt für alle Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg mit Wohnort in Nordrhein. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg erklären gegenüber den teilnehmenden Hausärzten schriftlich ihre Teilnahmebereitschaft und aktive Mitwirkung, insbesondere die Wahrnehmung vereinbarter Behandlungstermine. Über die Inhalte informiert der Hausarzt auf der Basis der Versicherteninformation gemäß Anlage 2 dieses Vertrages, die dem Versicherten ausgehändigt wird.
- (2) Zur Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag sind die in § 73 Abs. 1 a SGB V genannten zugelassenen Hausärzte sowie die in § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V für die hausärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentren berechtigt („Hausärzte“). Die Hausärzte nehmen an diesem Vertrag durch Erbringung der nach § 3 näher beschriebenen und nach § 4 Abs. 6 gekennzeichneten Leistungen teil. Im Übrigen gelten für die Rechte und Pflichten der teilnehmenden Hausärzte die bindenden, satzungsrechtlichen Bestimmungen der KV Nordrhein.

§ 3 Umsetzung der Ziele

- (1) Zur verbesserten Versorgung von Patienten erfolgt die umfassende, abgestimmte, engmaschige und kontinuierliche Betreuung von Patienten mit gesicherten chronischen Dia-