

tig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2011 erfolgt.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, den 01.12.2010

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Dr. med. Peter Potthoff Bernhard Brautmeier Vorstand	AOK Rheinland/Hamburg Die Gesundheitskasse Cornelia Prüfer-Storcks Mitglied des Vorstandes
--	---

BKK Landesverband NORDWEST Theo Giehler Mitglied des Vorstandes	Vereinigte IKK Andreas Woggon Landesbereichsleiter Vertragspolitik Nordrhein
--	---

Knappschaft Bochum Die Geschäftsführung Klaus Jochheim	Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen Peter Duschicka Stellvertretender Geschäftsführer
--	--

Verband der Ersatzkassen e.V.
Andreas Hustadt
Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

Vereinbarung

zwischen

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

dem BKK Landesverband NORDWEST
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

der Vereinigten IKK
Peter-Müller-Str. 26, 40468 Düsseldorf

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen
Hoher Heckenweg 76-80, 48147 Münster
-zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau-
(LKK NRW)

der Knappschaft
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum

den Ersatzkassen

- BARMER GEK Ersatzkasse, Berlin
- Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
- KKH-Allianz Ersatzkasse, 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 vdek-Landesvertretung Nord-
rhein-Westfalen

und

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

über

Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel 2011

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

Die **Anlage 2** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom
01.01.2011 folgende Fassung:

§ 1

Ermittlung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens 2011 wird das Richtgrößenvolumen 2010 gemäß der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 84 Absatz 7 SGB V (Arzneimittel für das Jahr 2010 vom 30.09.2010) 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 § 130a 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. 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) 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 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/Imiglucrase
- 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. 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 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

- 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

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.

- 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 Bimatoprost, 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 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
- Ziconoxid, 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.

(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 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 Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorabprüfung). 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, 130a Abs. 1 bis Abs. 7 SGB V sowie die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert.

Amtliche Bekanntmachungen

Im Übrigen gelten für die Durchführung der Prüfverfahren die Regelungen der Prüfvereinbarung, sowie die Vereinbarung gemäß § 8 der Arzneimittelvereinbarung 2011.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, den 01.12.2010

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Dr. med. Peter Potthoff Bernhard Brautmeier Vorstand	AOK Rheinland/Hamburg Die Gesundheitskasse Cornelia Prüfer-Storcks Mitglied des Vorstandes
--	---

BKK Landesverband NORDWEST Theo Giehler Mitglied des Vorstandes	Vereinigte IKK Andreas Woggon Landesbereichsleiter Vertragspolitik Nordrhein
--	---

Knappschaft Bochum Die Geschäftsführung Klaus Jochheim	Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen Peter Duschicka Stellvertretender Geschäftsführer
--	---

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Andreas Hustadt
Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung 2011

Arztgruppe	Richtgröße 2011 AV/RV* in Euro
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	AV: 46,38 RV: 125,88
Anästhesiologie	AV: 44,67 RV: 127,42
Augenheilkunde	AV: 5,93 RV: 13,67
Chirurgie	AV: 7,84 RV: 14,03
Gynäkologie	AV: 20,60 RV: 63,27
HNO einschl. Phoniatrie und Pädaudiologie	AV: 12,34 RV: 5,39
Haut- und Geschlechtskrankheiten	AV: 23,15 RV: 19,66
Innere Medizin, hausärztlich	AV: 46,38 RV: 125,88
Innere Medizin, fachärztlich einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV: 276,62 RV: 344,51

Kinderheilkunde	AV: 27,43 RV: 51,88
MKG-Chirurgie	AV: 5,50 RV: 4,60
Nervenheilkunde (Neurologie/Psychiatrie) Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	AV: 139,34 RV: 157,69
Orthopädie einschl. orthopädischer Rheumatologie	AV: 6,19 RV: 16,90
Urologie	AV: 24,00 RV: 60,11

*AV: Allgemeinversicherte (Mitglieder- und Familienversicherte)
*RV: Rentenversicherte

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgrößen vereinbart

Anlage C zur Richtgrößenvereinbarung 2011

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.	Lebenslange 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 Familienangehörige	
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 : 121

Rezeptbruttokosten versteht sich als Rezeptbrutto abzüglich Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V

Satzaufbau nach § 4 Abs. 1-4:

01 Verordnungssatz.

05	KASSEN-VKNR	Pseudo-VKNR 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	Gesamtzahlung	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). 2)
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).
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

2)= Format TTMMJJJJ; nur für Datenlieferung gemäß § 4 Abs. 3 Sofern das Feld nicht durch die Apothekenrechenzentren befüllt werden konnte, wird das Feld mit „00000000“ befüllt

Wenn die Betriebsstättennummern vorliegen, werden Arztnummern übermittelt, soweit diese nach BMV-Ä § 44 Abs. 6 übertragen wurden. Falls keine Arztnummern vorliegen, so wird das Feld mit „00000000“ aufgefüllt.

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

Anlage D zur Richtgrößenvereinbarung 2011

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 der in-vitro-Fertilisation und Stimulation bei der Sterilität nach strenger Indikationsstellung

Amtliche Bekanntmachungen

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Arzneimittel		
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	90918	Antiepileptika
90904	Interferon-Therapie bei Hepatitis B oder Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten. Andere für diese Indikation zugelassene antivirale Mittel	90919	Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase
90905	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	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
90906	Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz	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
90907	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen	90922	Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
90908	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs	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
90909	Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitung	90924	Antiparkinsonmittel
90910	Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen	90925	Antithrombotische Mittel, parenteral
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	90926	Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer sowie Memantin
90912	Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen	90927	Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten
90913	Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis	90928	systemische Psoriasisstherapie
90914	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten	90929	Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose oder zur Behandlung von Knochenmetastasen
90915	Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika	90930	Methylphenidat- und Atomoxetin-Behandlung
90916	Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien	90931	neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen
90917	Therapie des Morbus Crohn mit dafür zugelassenen TNF-Antagonisten	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 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	Ziconoxid, 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

Vereinbarung

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (nachfolgend KV Nordrhein genannt)

- einerseits -
und

die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse der BKK Landesverband NORTHWEST
die Vereinigte IKK
die Knappschaft
die Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen -zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau- und
die Ersatzkassen
Barmer GEK Ersatzkasse
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK)
Techniker Krankenkasse (TK)
KKH – Allianz Ersatzkasse
HEK-Hanseatische Krankenkasse (HEK)
hkk

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

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

- andererseits -

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

Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2011

Präambel

Die Vereinbarungspartner haben sich auf der Grundlage der Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2011 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.

Anlage E zur Richtgrößenvereinbarung 2011

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