

einbarung offenbar werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung. Vielmehr sind die Vereinbarungspartner in einem solchen Fall verpflichtet, die unwirksame oder fehlende Bestimmung durch eine solche zu ersetzen, die wirksam ist und dem mit der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung angestrebten wirtschaftlichen Zweck soweit wie möglich entgegen kommt.

- (2) Soweit durch gesetzgeberische Maßnahmen für das Kalenderjahr 2013 Sachverhalte eintreten, die die Arzneimittelausgaben beeinflussen, wird dieses bei der Vereinbarung über das Arznei- und Verbandmittelvolumen 2014 angemessen berücksichtigt.
- (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 2013 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 § 116 b 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 01.01.2013 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2013. Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2013 erfolgt.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, den 30.11.2012

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

gez. Bernhard Brautmeier
Vorstand

BKK-Landesverband
NORDWEST
gez. Ulrike Berkenhoff
Geschäftsbereichsleiterin
Vertragsmanagement

Knappschaft Bochum
gez. Bettina am Orde
Mitglied der Geschäftsführung

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

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
gez. Günter Wältermann
Vorsitzender des Vorstandes

IKK classic
gez. Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter
Vertragspartner Nordrhein

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen
gez. Peter Duschicka
Direktor

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 Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen
Hoher Heckenweg 76 – 80, 48147 Münster
-zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau-
(LKK NRW)
-ab dem 01.01.2013-
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

der Knappschaft
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum

den Ersatzkassen

- BARMER GEK, Berlin
- Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
- DAK-Gesundheit, 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 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 2013

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

Die **Anlage 2** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom
01.01.2013 folgende Fassung:

§ 1

Ermittlung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens 2013 wird das Richtgrößenvolumen 2012 gemäß der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 84 Absatz 7 SGB V (Arzneimittel für das Jahr 2013 vom 19.10.2012) 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 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 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 Prüfungs-

stelle 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 Aussa-

gen 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-Richtlinie 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 Aglucerase/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. Andere für diese Indikationen zugelassene antivirale Mittel
 - 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 hypophysären 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 parentalen 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 § 130 b Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Anerkennung der Verordnung des Arzneimittels als Praxisbesonderheit nach § 130 b 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 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
- 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

Amtliche Bekanntmachungen

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, 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. 5 e 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. 5 e 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 2012.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, den 30.11.2012

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstands

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
gez. Günter Wältermann
Vorsitzender des Vorstandes

gez. Bernhard Brautmeier
Vorstand

BKK-Landesverband
NORDWEST
gez. Ulrike Berkenhoff
Geschäftsbereichsleiterin
Vertragsmanagement

IKK classic
gez. Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter
Vertragspartner Nordrhein

Knappschaft Bochum
gez. Bettina am Orde
Mitglied der Geschäftsführung

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen
gez. Peter Duschicka
Direktor

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

Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung 2013

Arztgruppe	Richtgröße 2013 AV/RV* in EURO	
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte (80-89)	AV:	49,37 €
	RV:	127,88 €
Anästhesiologie (01-03)	AV:	43,84 €
	RV:	126,83 €
Augenheilkunde (04-06)	AV:	6,08 €
	RV:	13,83 €
Chirurgie (07-09)	AV:	7,88 €
	RV:	14,02 €
Gynäkologie (10-12)	AV:	19,19 €
	RV:	54,50 €
HNO einschl. Phoniatrie und Päaudiologie (13-15)	AV:	13,11 €
	RV:	5,11 €
Haut- und Geschlechtskrankheiten (16-18)	AV:	26,63 €
	RV:	21,89 €
Innere Medizin (19-22), hausärztlich	AV:	49,37 €
	RV:	127,88 €
Innere Medizin (19-22), fachärztlich einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV:	266,80 €
	RV:	306,03 €

Amtliche Bekanntmachungen

Arztgruppe	Richtgröße 2013 AV/RV* in EURO	
Kinderheilkunde (23-25)	AV:	29,76 €
	RV:	57,27 €
MKG-Chirurgie (35-37)	AV:	6,22 €
	RV:	4,09 €
Nervenheilkunde (38-40) (Neurologie/Psychiatrie) Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	AV:	149,76 €
	RV:	168,19 €
Orthopädie (44-46) einschl. orthopädischer Rheumatologie	AV:	6,53 €
	RV:	17,40 €
Urologie (56-58)	AV:	24,19 €
	RV:	58,84 €

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

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgrößen vereinbart

Beschreibung	Feld	Typ	Länge
Summen Verordnungen 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 Datensatz- version = V200 einzutragen
1	Lebenslange Arztnummer (LANR)	9	Text	Exakt nach TA3 vom 08.11.2007 Segment ZUP25 ¹⁾
2	Betriebsstät- tennummer (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-Segment. Datum (Ausstellung)
8	Versicherten- nummer	50	Text	Nicht mit Leerzeichen auffüllen, eventuell pseudonymisiert (siehe Landesvereinbarung und 1.4 Pseudonymisierung der Versichertennummer)
9	Geburts- datum	8	Zahl	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar ²⁾
10	Gesamt- brutto	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: Σ EFP-Segment.Betrag

Fortsetzung siehe nächste Seite

1): Falls keine Arztnummern vorliegen, so wird das Feld mit 00000000
aufgefüllt.

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

Anlage C zur Richtgrößenvereinbarung 2013

Satzaufbau nach § 3 Abs. 1:

Beschreibung	Feld	Typ	Länge
Stamm- daten	Zeitraum_Quartal/ Jahr	QJJJJ	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

Nr.	Bezeichnung	max. Länge	Typ	Beschreibung
11	Gesamt-zuzahlung	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: \sum PosZuzahlung* oder BES-Segment. Zuzahlung*
12	Gesamt netto	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Quellenhinweis: \sum EFP-Segment. Betrag (Brutto) - \sum NPB-Segment. Betrag (Rabatt) - Gesamtzuzahlung
13	PZN-Schlüssel 1	8	Zahl	Quellenhinweis: EFP-Segment. Kennzeichen
14	Faktor 1	4	Zahl	Quellenhinweis: EFP-Segment. Anzahl Einheiten
15	Positionsbrutto 1	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: EFP-Segment. Betrag
16	Positionsnetto 1	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Quellenhinweis: EFP-Segment. Betrag - \sum NPB-Segment - PosZuzahlung*
17	Herstellerrabatt 1	15	Zahl	Herstellerrabatt nach § 130a, Abs. 8 SGB V 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	

* 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 2013

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
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 und andere für diese Indikationen 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 Rezepturbereitungen
90908	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
90909	Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitung
90910	Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
90911	Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen unter Beachtung des Orientierungsrahmens zur Verordnung von Teststreifen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände der Krankenkassen (Anlage E)
90912	Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen

Amtliche Bekanntmachungen

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Arzneimittel
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 choriodaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
90921	Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden und bei Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern
90922	Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
90923	Moderne Glaukomtherapeutika (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost, Brimatoprost und Tafluprost ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Beta-blocker 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

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Arzneimittel
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 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 nur bei Instabiler Angina pectoris (IA)/Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (STEMI) oder bei Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI), perkutaner Koronarintervention, sofern die Patienten entweder ≥ 75 Jahre sind und eine Therapie mit Prasugrel nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung nicht infrage 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 2013

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
Diabetes mellitus Typ-1	
Generell	400 Blutzuckerteststreifen pro Quartal
ICT- und Pumpentherapie	
Generell	600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (nachfolgend KV Nordrhein genannt)

- einerseits -

und

die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse der BKK-Landesverband NORDWEST
 die IKK classic
 die Knappschaft
 die Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen -zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau- (LKK NRW)
 -ab dem 01.01.2013 Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau- und den Ersatzkassen
 Barmer GEK
 Techniker Krankenkasse (TK)
 DAK-Gesundheit
 KKH – Allianz (Ersatzkasse)
 HEK - Hanseatische Krankenkasse
 hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch den Leiter der Landesvertretung NRW

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

- andererseits -

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

Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2013

Präambel

Die Vereinbarungspartner haben sich auf der Grundlage der Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2013 auf die Inhalte einer Heilmittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V verständigt. Über die Ausgabenvolumina für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlassten Heilmittel (§ 32 SGB V) sowie auf die Einhaltung dieses Volumens ausgerichtete Maßnahmen (z. B. Information und Beratung) besteht Einvernehmen. Ziel dieser Vereinbarung ist es, auf eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Heilmittelversorgung hinzuwirken.

§ 1 Ausgabenvolumen 2013

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

für das Jahr 2013 auf den Betrag von
485.000.000,00 €

festgelegt.

§ 2 Gemeinsame Arbeitsgruppe

- (1) Die kontinuierliche Begleitung dieser Heilmittelvereinbarung obliegt der von den Vereinbarungspartnern zu bildenden und paritätisch besetzten gemeinsamen Arbeitsgruppe. Diese beobachtet zeitnah die Ausgabenentwicklung durch Analyse und strukturierter Bewertung von Heilmitteldaten und des Ordnungsgeschehens und schlägt situationsbezogene Maßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens nach § 1 dieser Vereinbarung vor.
- (2) Für die Analyse werden die Vertragspartner der Arbeitsgruppe geeignetes Datenmaterial und verfügbare Analysen vorlegen. Aus den Analyse-Ergebnissen erarbeitet die