

# AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

## Verwaltungskostensatz für das Jahr 2005 ■

Zur Deckung der Verwaltungskosten des Geschäftsjahres 2005 in Höhe von € 84.398.000,00, die nicht durch Einnahmen bzw. durch Auflösung von Rückstellungen oder Entnahme aus dem Vermögen gedeckt werden, wird ein Verwaltungskostensatz gemäß § 9 Abs. 2 der Satzung in Höhe von 2,8 % des Arztumsatzes festgelegt.

Mitglieder, die ihre Abrechnung nicht per Diskette vornehmen, zahlen 0,7 % mehr und werden mit einem Verwaltungskostensatz in Höhe von 3,5 % des Arztumsatzes belastet.

Zusätzliche Verwaltungskostensätze für Praxisnetze / Notfallpraxen im Bereich KV Nordrhein werden zur Deckung der dort anfallenden Kosten lt. § 9 Abs. 3 der Satzung der KVNo, bei Bedarf vom Vorstand festgesetzt.

Düsseldorf, den 27.11.2004  
gez. Dr. Christiane Friedländer  
Vorsitzende der Vertreterversammlung

## Vereinbarung

zwischen

**der AOK Rheinland – Die Gesundheitskasse  
dem Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW**  
(handelnd für die Betriebskrankenkassen)  
**der Innungskrankenkasse Nordrhein**  
**der Landwirtschaftlichen Krankenkasse NRW**  
**der VdAK/AEV Landesvertretung NRW**  
(handelnd für seine Mitgliedschaften)  
**der Bundesknappschaft**

und

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

über

**Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel 2005**

A

I.

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

Die **Anlage 2** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom **01.01.2005** folgende Fassung:

## § 1

### Ermittlung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

(1) Für die Bildung arztgruppenbezogener Richtgrößen wird der Betrag von **2.353.129.097,01 EUR** festgesetzt. Der Betrag bildet das (Brutto-) Ausgaben-volumen und schließt demgemäß den Apothekenrabatt sowie die gesetzlichen Versichertenzuzahlungen ein. Das Ausgaben-volumen für Sprechstundenbedarf wird für die Bildung arztgruppenbezogener Richtgrößen nicht berücksichtigt. Die Berechnung ergibt sich aus der Übersicht in Anlage A).

(2) Das (Brutto-) Ausgaben-volumen nach *Absatz 1* wird entsprechend den jeweiligen (Brutto-) Verordnungs-kostenanteilen der einzelnen Arztgruppen gemäß der von der KV Nordrhein erhobenen Zahlenbasis der Quartale I/04 bis II/04 – getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten – auf die Arztgruppen gemäß Anlage F aufgeteilt. Diese Kostenanteile werden durch die zugehörigen Behandlungsfallzahlen, wiederum getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten, dividiert. Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung werden bei den Behandlungsfallzahlen nicht mitberücksichtigt. 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 die Spitzenverbände der Krankenkasse die vorläufigen Verordnungs-kosten 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 Arznei-ordnungsverhalten hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit kurzfristig zu überprüfen. Die Frühinformation ergänzt die Datenlieferungen nach § 3. Sie dient als Trendinformation und nicht dem Zwecke einer Wirtschaftlichkeitsprüfung.

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

## § 3

### Feststellung des quartalsbezogenen Verordnungsvolumens sowie der Richtgrößensumme

- (1) Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände übermitteln der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses spätestens bis zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats – nach Ergänzung zum Beispiel um die von außerbereichlichen Apotheken-Rechenzentren abgerechneten Kosten – das endgültige valide Verordnungsvolumen mit folgenden Einzelangaben:
  - Arztnummer
  - Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in Euro (gesamt)
  - Summe der Zuzahlungen in Euro und
  - Anzahl der Ordnungsblätter.Die Daten werden getrennt nach M, F und R übermittelt. Nicht übermittelt werden Kosten, die auf Sozialamtsbetreute nach § 264 SGB V entfallen. Den Satzaufbau für die Datenlieferung legt die Anlage C fest. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Daten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden. Die KV Nordrhein übermittelt ebenfalls bis spätestens zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats die endgültigen Fallzahlen getrennt nach M, F und R an die Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses.
- (2) Die Richtgrößensumme des einzelnen Arztes ergibt sich aus der Addition der Richtgrößenvolumina des AKV- und des KVdR-Bereiches. Die 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 Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses den von den Verbänden der Krankenkassen genannten Stellen und der KV Nordrhein auf Datenträger eine arztbezogene Übersicht über die (Brutto-) Verordnungskosten in EURO insgesamt, die abgerechneten Fallzahlen – getrennt nach AKV- und KVdR-Bereich sowie zusätzlich getrennt nach Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung einerseits und übrige Fallzahlen andererseits - und die Richtgrößensummen für alle in dem Quartal abrechnenden Ärzte.

## § 4

### Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreiten der Richtgrößen

- (1) Ein Prüfverfahren von Amts wegen wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes innerhalb des Kalenderjahres die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 15 % überschreitet (Prüfungsvolumen). Ein Verfahren zur Prüfung eines Pauschalregresses wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 25 % überschreitet und aufgrund der vorliegenden Daten der Prüfungsausschuss nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung). Basis der Vorab-Prüfung sind die auf der Quartalsbilanz ausgewiesenen Werte abzüglich der Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, die auf widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 3 und 4 entfielen. Die dem § 5 Abs. 3 und 4 entsprechenden Pharmazentralnummern werden von den Vertragspartnern gemeinsam spätestens bis zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats abgestimmt und der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses von der KV Nordrhein quartalsweise zur Verfügung gestellt.
- (2) Zum Zwecke der Auswertung für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses spätestens bis zum Ende des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Arzneiverordnungen des betreffenden Arztes. Die Inhalte und Strukturierung der Übersicht stimmen die Vertragspartner ab. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Daten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden.
- (3) Für die Ermittlung der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses spätestens bis zum Ende des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für alle nordrheinischen Ärzte ohne Versichertenbezug auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Arzneiverordnungen des betreffenden Arztes.
- (4) Für die Durchführung der Prüfverfahren stellt die Geschäftsstelle dem Prüfungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen folgende Daten zur Verfügung:

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

- Arztnummer
- Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen in EURO
- Behandlungsfallzahlen gemäß § 3 Abs. 2, getrennt nach Allgemeinversicherten und Rentnern sowie in der Gesamtzusammenfassung
- die ermittelten Richtgrößensummen in EURO
- die veranlassten Ausgaben des Arztes brutto und netto (EURO)
- Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe
- Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, die auf widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 3 entfallen
- Summe Praxisbesonderheiten, die auf widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 4 entfallen
- die von den Krankenkassen bzw. den Verbänden der Krankenkassen nach Absatz 2 erhaltenen Übersichten

Die Ausweisung der Praxisbesonderheiten erfolgt unter dem Hinweis, dass es sich lediglich um widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten handelt, die im Rahmen eines Prüfverfahrens überprüft werden müssen. Nicht übermittelt werden Kosten, die auf Sozialamtsbetreute nach § 264 SGB V entfallen.

Den Satzaufbau für die Datenlieferungen legt die Anlage C fest.

- (5) 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.

Im Übrigen sind die Unterlagen nach Absatz 4 die prüfrelevanten Unterlagen.

## § 5 Praxisbesonderheiten

- (1) Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind Praxisbesonderheiten nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5 zu berücksichtigen. Die Anerkennung ist auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 12 und 70 SGB V und der Arzneimittel-Richtlinien begrenzt.
- (2) Abweichend vom üblichen Grundsatz (Absatz 6) obliegt die Beweislast für die Anerkennung als Praxisbesonderheit bei den in Absatz 3 und Absatz 4 genannten Indikationen nicht dem betreffenden Arzt.

- (3) Indikationen nach Absatz 2 sind die Nachfolgenden. Der Prüfungsausschuss hat sämtliche darauf entfallenden Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die unter Berücksichtigung der Aspekte des Preises und der Verordnungsmenge wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Der Prüfungsausschuss hat hierzu Feststellungen zu treffen und im Prüfbescheid darzulegen.

- Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/ Imiglucerase
- Hormonelle Behandlung und In-vitro-Fertilisation bei Sterilität nach strenger Indikationsstellung
- Interferon-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 und Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, auch in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln
- Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
- Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
- Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen
- Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
- Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturzubereitung
- Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
- Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen
- Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen und 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;

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

außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden und bei **Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern**.

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

- (4) Weitere Indikationen nach Absatz 2 sind Folgende. Der Prüfungsausschuss 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. Der Prüfungsausschuss 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 Infliximab
  - Antiepileptika
  - Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
  - Moderne Glaukomtherapie (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost und Brimatoprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen
  - Antiparkinsonmittel
  - Antithrombotische Mittel (nur Heparin und Heparinoide, parenteral)
  - Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer sowie Memantin
  - Selektive Serotonin-5HT<sub>1</sub>-Agonisten
  - systemische Psoriasistherapie
  - Bisphosphonate und **selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose**
  - Methylphenidatbehandlung
  - neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen
  - Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen

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

- (5) Fallzahlveränderungen aufgrund der Änderungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz sind von den Ausschüssen von Amts wegen zu ermitteln und entsprechend zu würdigen.
- (6) Andere Praxisbesonderheiten sind – soweit objektivierbar – zu berücksichtigen, wenn der Arzt nachweist, dass er der Art und der Anzahl nach besondere von der Arztgruppentypik abweichende Erkrankungen behandelt hat und hierdurch notwendige Mehrkosten entstanden. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die Höhe der hierdurch bedingten Mehrkosten begrenzt. Die schlüssige Darlegung dieser Praxisbesonderheiten sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach obliegt dem zu prüfenden Arzt.
- (7) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Arzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Praxisbesonderheiten darzulegen. Für Praxisbesonderheiten nach den Absätzen 2, 3 und 4 hat der Arzt anzugeben, bei welchen Patienten über welche Zeiträume Arzneitherapien aus den betreffenden Indikationsgebieten angewandt wurden. Für vom Arzt gesehene Praxisbesonderheiten im Sinne des Absatzes 6 hat der betreffende Arzt darzulegen, aufgrund welcher besonderen, der Art und der Anzahl nach von der Typik in der Arztgruppe abweichenden Erkrankungen er
- welche Arzneitherapien
  - mit welchen (ggf. geschätzten) Mehrkosten je Behandlungsfall veranlasst hat.

## § 6

### Entscheidungen des Prüfungsausschusses

- (1) Der Prüfungsausschuss hat auf die Durchführung des Prüfverfahrens zu verzichten, wenn aufgrund der vorliegenden Daten davon auszugehen ist, dass die Überschreitungen der Richtgrößensumme um mehr als 15 % durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorabprüfung). Der Prüfungsausschuss spricht eine schriftliche Beratung aus, 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 der Prüfungsausschuss den sich daraus ergebenden Mehraufwand als pauschalen Regress fest. Die vom Prüfungsausschuss anerkannten Praxisbesonderheiten sind im Prüfbescheid zu definieren; die vom Prüfungsausschuss zugrunde gelegte sachliche Begründung sowie die Kosten- bzw. Mehrkostenberechnung für anerkannte Praxisbesonderheiten ist ebenfalls darzulegen.

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

(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 SGB V sowie die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert. Im Übrigen gelten für die Durchführung der Prüfverfahren die Regelungen der Prüfvereinbarung.

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

*AEV-Arbeiter-  
Ersatzkassen-Verband e. V.  
Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen  
Hustadt*

## § 7

### Anpassung der Richtgrößen

Bei einer Anschlussvereinbarung sollten – soweit die Voraussetzungen hierfür gegeben sind – die Richtgrößen nach altersgemäßen Patientengruppen gegliedert und darüber hinaus ggf. auch nach Krankheitsarten bestimmt werden.

Die Vertragspartner vereinbaren, im Jahr 2005 eine Modellrechnung anhand der neuen Vertragssystematik vorzunehmen, insbesondere aufgrund des überarbeiteten § 5. Folgeverträge werden auf der Grundlage einer gemeinsamen Bewertung dieser Modellrechnungen angepasst.

Die Vertragspartner stimmen überdies im Grundsätzlichen darin überein, die Anpassung der Richtgrößen am Maßstab einer bedarfsgerechten, dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden sowie zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung sowie am Grundsatz der Beitragssatzstabilität auszurichten.

### Anlage A zur Richtgrößenvereinbarung 2005

<p>2.170.818.021,48 EUR ./ 129.597.835,88 EUR  2.041.220.185,60 EUR + 245.150.544,29 EUR  2.286.370.729,89 EUR + 187.482.399,85 EUR 2.473.853.129,74 EUR ./ 120.724.032,73 EUR</p>	<p>Nettoarzneimittel 2005 lt. Ausgaben- volumen 2005 (Kontenart 436; keine Zuzahlung; kein Apothekenrabatt, 5,97 % durch- schnittlicher Wert der letzten verfüg- baren 5 Jahre (1999-2003) Zwischensumme, berechnet) (12,01% Anteil Zuzahlungen 2005)  (Bruttoniveau ohne Apothekenrabatt berechnet) Rabatte 2005 (8,2 %) (Bruttoniveau, berechnet) (Mio. EUR SSB netto plus Apothekenrabatt lt. Angaben Kassen, 4,88 %:durch- schnittlicher Wert der letzten verfügbaren 5 Jahre (1999-2003)) <b>(Brutto-) Richtgrößen Arznei (ohne SSB), berechnet</b></p>
<b>2.353.129.097,01 EUR</b>	

### Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung 2005

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgrößen vereinbart

*Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, Münster,  
Bochum, den 15.11.2004*

<i>Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Dr. Leonhard Hansen Vorsitzender des Vorstandes</i>	<i>AOK Rheinland, Die Gesundheitskasse Wilfried Jacobs Vorsitzender des Vorstandes</i>
<i>IKK Nordrhein -Hauptverwaltung- Dr. Brigitte Wutschel-Monka Vorsitzende des Vorstandes</i>	<i>Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen Hoffmann Vorstandsvorsitzender</i>
<i>Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen Döge</i>	<i>Bundesknappschaft Stadié</i>

<b>Arztgruppe</b>	<b>Richtgröße 2005 AV/RV* in EURO</b>
<b>Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte (80-89)</b>	AV: 37,11 RV: 123,41
<b>Anästhesiologie (01-03)</b>	AV: 15,69 RV: 45,91
<b>Augenheilkunde (04-06)</b>	AV: 5,26 RV: 13,69
<b>Chirurgie (07-09)</b>	AV: 8,79 RV: 16,77
<i>Einschließlich Gefäß-, Plastische, Thorax-, Unfall-, Visceral- und Herzchirurgie</i>	
<b>Gynäkologie (10-12)</b>	AV: 10,08 RV: 18,94
<b>HNO (13-15)</b>	AV: 10,25 RV: 7,51
<i>Einschl. Phoniatrie und Pädaudiol.</i>	
<b>Haut- und Geschlechtskrankheiten (16-18)</b>	AV: 18,09 RV: 19,68
<b>Innere Medizin (19-22)</b>	AV: 65,61 RV: 135,72
<i>einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie</i>	

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

<b>Kinderheilkunde (23-25)</b>	AV: 24,40
	RV: 47,02
<b>MKG-Chirurgie (35-37)</b>	AV: 2,76
	RV: 2,84
<b>Nervenheilkunde (38-40)</b> (Neurologie/Psychiatrie)	AV: 87,51
Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	RV: 113,78
<b>Orthopädie (44-46)</b> einschl. orthopädischer Rheumatol.	AV: 6,28
	RV: 18,30
<b>Urologie (56-58)</b>	AV: 20,84
	RV: 57,92

\*AV: Allgemeinversicherte (Mitglieder- und Familienversicherte)

RV: Rentenversicherte

## Anlage C zur Richtgrößenvereinbarung 2005

Satzaufbau nach § 3 Abs. 1:

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

Stellen insg : 110

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

Satzaufbau nach § 4 Abs. 1-4:

01	Verordnungssatz.		
05	KASSEN-VKNR	Pseudo-VKNR der Kassengruppe	PIC 9(09).
05	JJJMM	Abrechnungsjahr/-monat	PIC 9(06).
05	ARZTNR	Abrechnungsnummer	PIC 9(09).
05	VERO-STAT	Verordnungsstatus	PIC 9(01).
05	VERSI-NR	Versichertennummer	PIC X(12).
05	VERS-STAT	Versichertenstatus	PIC 9(01).
05	BELEG-NR	Belegnummer	PIC X(18).
05	GESAMT-REZ.	Gesamtwerte der Verordnung.	
10	BRUTTO	Gesamtbetrag	PIC 9(08)V99.
10	ZUZAHL	Gesamtzuzahlung	PIC 9(06)V99.
05	NAME	Name des Versicherten	PIC X(47). 1)
05	V-NAME	Vorname des Versicherten	PIC X (10). 1)
05	GEB-DATUM	Geburtsdatum des Versicherten	PIC X(08). 1)
05	ANZ-VERORD	Anzahl der Einzelverordnungen des Rezeptes	PIC 9(04).
05	MEDIK-PREIS.	Max. 9 Medikamente pro Verordnung.	
10	PZN-NR(1)	Erste PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(1)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(1)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(2)	Zweite PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(2)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(2)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(3)	Dritte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(3)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(3)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(4)	Vierte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(4)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(4)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(5)	Fünfte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(5)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(5)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(6)	Sechste PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(6)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(6)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(7)	Siebte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(7)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(7)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(8)	Achte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(8)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(8)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.
10	PZN-NR(9)	Neunte PZN	PIC X(10).
10	EINHEIT(9)	Anzahl Einheiten	PIC 9(06).
10	MEDPR(9)	Preis je Medikament	PIC 9(07)V99.

Fixe Länge 368.

1) = nur im Falle einer fehlenden Versichertennummer Datensatzinhalt

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

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

## Anlage D zur Richtgrößenvereinbarung 2005

Praxisbesonderheiten nach § 5 Absatz 3 und 4 können mit der Abrechnung gemeldet werden. Die betreffende Symbolziffer kann dabei an jedem Tag des Quartals an der Stelle des Behandlungsausweises eingetragen werden, an dem auch die Leistungen abgerechnet werden. Die Häufigkeit der Abrechnung dieser Symbolnummern wird den mit den Richtgrößenprüfungen beauftragten Stellen mittels Frequenztabelle zur Verfügung gestellt werden.

### Symbolnummer Praxisbesonderheit Arzneimittel

9901	Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase
9902	Hormonelle Behandlung und In-vitro-Fertilisation bei Sterilität nach strenger Indikationsstellung
9903	Interferon-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
9904	Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, auch in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln
9905	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
9906	Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
9907	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen
9908	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
9909	Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitung
9910	Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
9911	Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen unter Beachtung des Orientierungs-

rahmens zur Verordnung von Teststreifen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände der Krankenkassen

9912	Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen
9913	Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
9914	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
9915	Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika
9916	Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien
9917	Therapie des Morbus Crohn mit Infliximab
9918	Antiepileptika
9919	Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase
9920	Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer choriodaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
9921	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 <b>Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern</b> .
9922	Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
9923	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
9924	Antiparkinsonmittel
9925	Antithrombotische Mittel (nur Heparin und Heparinoide; parenteral)



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

<p>9926 Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer sowie Memantin</p> <p>9927 Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten</p> <p>9928 systemische Psoriasis therapie</p> <p>9929 Bisphosphonate <b>und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren</b> bei Osteoporose</p> <p>9930 Methylphenidatbehandlung</p> <p>9931 neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen</p> <p>9932 Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen</p>	<p><b>Haut- und Geschlechtskrankheiten</b></p> <p><b>Innere Medizin</b></p> <p>einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie</p> <p><b>Kinderheilkunde</b></p> <p><b>MKG-Chirurgie</b></p> <p><b>Nervenheilkunde</b> (Neurologie/Psychiatrie)</p> <p>Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie</p> <p>einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</p> <p><b>Orthopädie</b></p> <p>einschl. orthopädischer Rheumatol.</p> <p><b>Urologie</b></p>	<p>16-18</p> <p>19-22</p> <p>23-25</p> <p>35-37</p> <p>38-40</p> <p>44-46</p> <p>56-58</p>
--	--	--

## Anlage E zur Richtgrößenvereinbarung 2005

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

### Diagnose/Therapie      Verordnungsfähigkeit von

#### Diabetes mellitus Typ-2

Diät und Tabletten

Urinteststreifen

Blutzuckerteststreifen nur in Ausnahmefällen bei Folgeerkrankungen oder pathologischer Nierenschwelle; dann höchstens 50 Teststreifen pro Quartal

Insulin

Blutzuckerteststreifen, in der Regel 100 Teststreifen pro Quartal; maximal 200 Teststreifen pro Quartal

#### Diabetes mellitus Typ-1

Generell

400 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

#### ICT- und Pumpentherapie

generell

600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

## Anlage F zur Richtgrößenvereinbarung 2005

<b>Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte</b>	80-89
<b>Anästhesiologie</b>	01-03
<b>Augenheilkunde</b>	04-06
<b>Chirurgie</b>	
einschließlich Gefäß-, Plastische, Thorax-, Unfall-, Visceral- und Herzchirurgie	07-09
<b>Gynäkologie</b>	10-12
<b>HNO</b> einschl. Phoniatrie und Pädaudiol.	13-15

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein	- einerseits -
und	
die AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse Düsseldorf	
der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen Essen	
die IKK Nordrhein Bergisch Gladbach	
die Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen Münster	
die Bundesknappschaft Bochum	
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	
der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	
- andererseits -	
schließen gemäß § 84 Abs. 1 SGB V folgende	