

Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Förderung von Praxisnetzen

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Förderungsvoraussetzungen
- § 2 Förderung
- § 3 Ausgabenbegrenzung
- § 4 Rückforderung von Fördermitteln
- § 5 Inkrafttreten

§ 1 Förderungsvoraussetzungen

- (1) Voraussetzung für eine finanzielle Förderung von Praxisnetzen durch die KV Nordrhein ist:
 - a) deren Anerkennung nach der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V.
 - b) Abgabe einer schriftlichen Erklärung, wonach die KV Nordrhein im Sinne einer vertrauensvollen Zusammenarbeit bei Verhandlungen zu Versorgungsverträgen mit gesetzlichen Krankenversicherungen einzubeziehen sowie die KV Nordrhein an den Verträgen und deren Umsetzung zu beteiligen ist.
- (2) Ein anerkanntes Netz ist nur dann förderungsfähig, wenn es seinen Sitz im Bezirk der KV Nordrhein hat und die Netzpraxen im Bezirk der KV Nordrhein zugelassen sind.
- (3) Die Entscheidung zur Förderung erfolgt auf Antrag. Über Anträge zur Förderung kann erst entschieden werden, wenn die vollständigen Antragsunterlagen vorliegen.

§ 2 Förderung

- (1) Nach Prüfung der eingereichten Unterlagen ergeht entweder ein positiver Fördermittelbescheid oder ein Ablehnungsbescheid durch die KV Nordrhein.
- (2) Die Höhe der Förderung für anerkannte Netze beträgt je nach Erfüllen der Voraussetzungen der jeweiligen Stufe:

Basis-Stufe: 40 000 €/ einmalig pro Netz.

Stufe I: 10 000 €/ einmalig pro Netz.

Stufe II: 10 000 €/ einmalig pro Netz.
- (3) Dabei wird über die eingehenden Anträge in der Reihenfolge des Datums des vollständigen Eingangs der einzureichenden Unterlagen (Posteingang bzw. E-Maileingang) entschieden.

§ 3 Ausgabenbegrenzung

Für die Förderung von Praxisnetzen im Bezirk der KV Nordrhein steht aktuell ein Maximalbetrag von insgesamt 600.000 € zur Verfügung.

§ 4 Rückforderung von Fördermitteln

- (1) Werden Fördergelder nicht zweckgerecht verwendet oder erfüllt ein Praxisnetz die Anforderungen nach den §§ 3 und 4 der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V im Förderjahr nicht mehr oder werden mit der Förderung verbundene Zwecke nicht erreicht, kann die KV Nordrhein die Fördergelder zurückfordern.
- (2) Zur Überprüfung einer zweckgerechten Verwendung der ausgezahlten Fördermittel muss gegenüber der KV Nordrhein bis spätestens 18 Monate nach Auszahlung der Fördermittel durch die Übermittlung eines Finanzabschlusses des Vorjahres (12 Monate ab Förderbeginn) ein Nachweis über die getätigten Ausgaben der Fördermittel erfolgen.

§ 5 Inkrafttreten

Die Richtlinie zur Förderung von Praxisnetzen tritt zum 01.01.2016 in Kraft.

VEREINBARUNG

zwischen

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

dem BKK-Landesverband NORDWEST
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

der IKK classic
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

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

der Knappschaft
Pieperstraße 14 - 28, 44789 Bochum

und

den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-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 2016

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

Die **Anlage 2** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom
01.01.2016 folgende Fassung:

§ 1

Ermittlung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens 2016 wird das Richtgrößenvolumen 2015 gemäß der Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 84 Absatz 7 SGB V (Arzneimittel für das Jahr 2016 vom 30.09.2015) unter Berücksichtigung einer bedarfsgerechten, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung angepasst.

In Anlehnung an die Rahmenvorgaben Arzneimittel vom 30.09.2015 sind die nach dem 01.01.2014 zur Hepatitis-C-Behandlung neu zugelassenen Arzneimittel nicht in die Richtgrößenberechnung geflossen.

- (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 nach vier Altersgruppen (0-15, 16-49, 50-64 und ≥ 65 Jahre) aufgeschlüsselt. 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 aufgeschlüsselt nach Altersgruppen an die Prüfungsstelle.

- (2) Die Richtgrößensumme des einzelnen Arztes ergibt sich aus der Addition der Richtgrößenvolumina der vier Altersgruppen. Die Richtgrößenvolumina der Altersgruppen resultieren aus der vorangegangenen Multiplikation der jeweiligen Richtgröße mit der jeweiligen Fallzahl des Arztes in der jeweiligen Altersgruppe. 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 Altersgruppen 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 Altersgruppen 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-Richtlinie begrenzt.
- (2) Abweichend vom üblichen Grundsatz (Absatz 5) obliegt die Beweislast für die Anerkennung als Praxisbesonderheit bei

den in Absatz 3 genannten Indikationen und Wirkstoffen nicht dem betreffenden Arzt.

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

- Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/ Imiglucerase
- Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha
- Hormonelle Behandlung der in-vitro-Fertilisation und Stimulation bei der Sterilität nach strenger Indikationsstellung
- Interferon- oder Mitoxantron-Therapie bei schubförmig verlaufender bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten sowie die Behandlung der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose mit Glatirameracetat
- Interferon-Therapie bei Hepatitis B oder Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten. Andere für diese Indikation zugelassene antivirale Mittel
- Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
- Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
- Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen
- Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysären Minderwuchs
- Orale und parenterale Chemotherapie bei 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 choriodaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger

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

- Therapie des Alpha1-Antitrypsinmangels durch parenteralen Ersatz von Alpha1-Antitrypsin
- 4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie
- Therapie der Pulmonalen Arteriellen Hypertonie (PAH) mit den dafür zugelassenen Präparaten
- Wirkstoffe, für die im Rahmen der Vereinbarungen nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Anerkennung der Verordnung des Arzneimittels als Praxisbesonderheit nach § 130b Abs. 2 Satz 1 SGB V bis zum 01.12.2015 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
- Antidemantiva vom Typ der Cholinesterasehemmer sowie Memantin
- Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten (Triptane)
- Systemische Psoriasis-Therapie
- Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose oder zur Behandlung von Knochenmetastasen

- Methylphenidat-, Atomoxetin- und Lisdexamfetamin-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
- VEGF-Hemmer und Glucocorticoide zur intravitrealen Injektion bei Vorliegen der Indikationen, die in der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM) genannt sind.

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

- (4) Andere Praxisbesonderheiten sind – soweit objektivierbar – zu berücksichtigen, wenn der Arzt nachweist, dass er der Art und der Anzahl nach besondere von der Arztgruppentypik abweichende Erkrankungen behandelt hat und hierdurch notwendige Mehrkosten entstanden. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die Höhe der hierdurch bedingten Mehrkosten begrenzt. Die schlüssige Darlegung dieser Praxisbesonderheiten sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach obliegt dem zu prüfenden Arzt.
- (5) Der in ein Prüfverfahren einbezogene Arzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Praxisbesonderheiten darzulegen. Für Praxisbesonderheiten nach den Absätzen 2, 3 und 4 hat der Arzt anzugeben, bei welchen Patienten über welche Zeiträume Arzneitherapien aus den betreffenden Indikationsgebieten angewandt wurden. Für vom Arzt gesehene Praxisbesonderheiten im Sinne des Absatzes 4 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 (Vorab-Prüfung). Die Prüfungsstelle spricht eine schriftliche Beratung aus oder beauftragt eine geeignete Einrichtung mit der Durchführung einer Pharmakotherapieberatung, wenn die Überschreitung nicht

durch Praxisbesonderheiten begründet ist und die Richtgrößensumme nicht mehr als 25 % überschritten wird.

- (2) Für Richtgrößenüberschreitungen von mehr als 25 %, die nicht durch Praxisbesonderheiten begründet sind, setzt die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand als pauschalen Regress fest. Die von der Prüfungsstelle anerkannten Praxisbesonderheiten sind im Prüfbescheid zu definieren; die von der Prüfungsstelle zugrunde gelegte sachliche Begründung sowie die Kosten- bzw. Mehrkostenberechnung für anerkannte Praxisbesonderheiten ist ebenfalls darzulegen.
- (3) Die Festsetzung des Regressbetrages erfolgt unter Zugrundelegung auf Nettobasis bereinigter Werte für das Verordnungsvolumen des Arztes einerseits und für die Richtgrößensumme andererseits. Hierzu werden von den (Brutto-)Verordnungskosten des Arztes die Rabatte gemäß § 130, 130a Abs. 1 bis Abs. 7 SGB V sowie die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert.
- (4) Bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % nach Anerkennung der Praxisbesonderheiten wird die betroffene Praxis nach § 106 Abs. 5e SGB V individuell beraten. Die Beratung erfolgt schriftlich durch die Prüfungsstelle mit dem zusätzlichen Angebot einer ergänzenden persönlichen Beratung innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der schriftlichen Beratung der Prüfungsstelle. Das Datum der Aufgabe der schriftlichen Beratung zur Post plus drei Werktage gilt als Datum der individuellen Beratung gemäß § 106 Abs. 5e Abs. 2 SGB V.

Im Übrigen gelten für die Durchführung der Prüfverfahren die Regelungen der Prüfvereinbarung, sowie die Vereinbarung gemäß § 8 der Arzneimittelvereinbarung 2016.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, Dresden, den 30.11.2015

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender
Mathias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

BKK-Landesverband
NORDWEST
IKK classic

Ass. jur. Dietmar Kämper
Geschäftsbereichsleitung
Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter
Vertragspartner Nordrhein

Knappschaft Bochum
SVLFG als
Landwirtschaftliche Krankenkasse

Bettina am Orde
Geschäftsführerin

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Dirk Ruiss
Der Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung 2016

Fachgruppe		Alters-Gruppe [Jahre]			
		0-15	16-49	50-64	≥65
80	Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte (80-89)	16,17 €	40,29 €	90,27 €	141,07 €
01	Anästhesiologie (01-03)	2,50 €	44,89 €	110,12 €	78,58 €
04	Augenheilkunde (04-06)	2,03 €	6,27 €	12,41 €	20,07 €
07	Chirurgie (07-09)	3,07 €	8,48 €	11,15 €	15,11 €
10	Gynäkologie (10-12)	19,66 €	13,19 €	39,80 €	47,76 €
13	HNO (13-15) einschl. Phoniatrie und Pädaudiologie	11,82 €	20,21 €	11,88 €	4,85 €
16	Haut- und Geschlechtskrankheiten (16-18)	18,84 €	32,64 €	35,36 €	24,13 €
19	Innere Medizin, hausärztlich (19-22)	16,17 €	40,29 €	90,27 €	141,07 €
19	Innere Medizin, fachärztlich (19-22) einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	54,20 €	319,98 €	369,80 €	307,35 €
23	Kinderheilkunde (23-25)*	28,64 €	62,27 €	57,19 €	44,86 €
35	MKG-Chirurgie (35-37)	4,47 €	7,23 €	5,15 €	4,07 €
38	Nervenheilkunde (38-40) (Neurologie/Psychiatrie) Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	19,22 €	239,95 €	159,18 €	114,39 €
44	Orthopädie (44-46) einschl. orthopädischer Rheumatologie	0,86 €	6,73 €	10,18 €	17,71 €
56	Urologie (56-58)	18,74 €	17,47 €	43,05 €	97,64 €

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgrößen vereinbart

* Kosten und Fälle in höheren Altersgruppen resultieren aus kinderärztlichen Betriebsstätten, die nicht rein kinderärztlich tätig sind

Anlage C zur Richtgrößenvereinbarung 2016

Satzaufbau nach § 3 Abs. 1:

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	Versionsnummer des Datensatzes. Hier ist die Datensatzversion = V010 einzutragen
1	Arztnummer	9	AN	M	Exakt nach TA-3 vom 08.11.2007 Segment ZUP-25
2	Betriebsstättennr.	9	AN	M	Exakt nach TA-3 vom 08.11.2007 Segment ZUP-02
3	Verordnungsquartal	5	AN	M	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,]
4	IK der Krankenkasse	9	AN	M ¹	Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt

Amtliche Bekanntmachungen

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
5	Versichertenstatus/ Altersgruppe	1	N	M	Dateiname Stelle 15 = A-C 0 = unbekannt 1 = 0 – 15 Jahre 2 = 16 – 49 Jahre 3 = 50 – 64 Jahre 4 = ab 65 Jahre
6	Anzahl Einzelverordnungen	..15	N	M	Anzahl der in die Summe eingegangenen Einzelverordnungen (abgegebenen Mittel). Quellenhinweis: Anzahl EFP-Segmente Keine führenden Nullen
7	Gesamtbrutto	..15	N	M	Bruttosumme der abgegebenen Mittel Quellenhinweis: \sum EFP-Segment.Betrag Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
8	Gesamtzuzahlung	..15	N	M	Summe der Zuzahlungen ohne Abschläge Quellenhinweis:
9	Gesamtnetto	..15	N	M	Nettosumme der abgegebenen Mittel Quellenhinweis: \sum EFP-Segment.Betrag - \sum NPB-Segment.Betrag - \sum PosZuzahlung Angaben in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, negativ durch führendes '-' zulässig

Satzaufbau nach § 4 Abs. 1-4:

Nr.	Bezeichnung	max. Länge	Typ	Beschreibung	
0	Datensatzversion	4	Text	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V200 einzutragen	
1	Lebenslange Arztnummer (LANR)	9	Text	Exakt nach TA3 vom 08.11.2007 Segment ZUP25	1)
2	Betriebsstättennummer (BSNR)	9	Text	Exakt nach TA3 vom 08.11.2007 Segment ZUP02	
3	Verordnungsquartal	5	Text	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]	
4	IK der Krankenkasse	9	Text	Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt	
5	Versichertenstatus	1	Zahl	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner	
6	Belegnummer	18	Text	Belegung nach TA1, TA3 und TA4 zum Datenaustausch nach § 300 SGB V	
7	Rezeptdatum	8	Zahl	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung Quellenhinweis: ZUP-Segment.Datum (Ausstellung)	

Amtliche Bekanntmachungen

Nr.	Bezeichnung	max. Länge	Typ	Beschreibung
8	Versichertennummer	50	Text	Nicht mit Leerzeichen auffüllen, eventuell pseudonymisiert (siehe Landesvereinbarung und 1.4 Pseudonymisierung der Versichertennummer)
9	Geburtsdatum	8	Zahl	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar
10	Gesamtbrutto	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: Σ EFP-Segment.Betrag
11	Gesamtzuzahlung	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: Σ PosZuzahlung* oder BES-Segment.Zuzahlung
12	Gesamtnetto	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Quellenhinweis: Σ EFP-Segment.Betrag (Brutto) - Σ NPB-Segment.Betrag (Rabatt) - Gesamtzuzahlung
13	PZN-Schlüssel 1	8	Zahl	Quellenhinweis: EFP-Segment. Kennzeichen
14	Faktor 1	4	Zahl	Quellenhinweis: EFP-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 - Σ 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	

1): Falls keine Arztnummern vorliegen, so wird das Feld mit 0000000000 aufgefüllt.

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

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

Anlage D zur Richtgrößenvereinbarung 2016

Praxisbesonderheiten nach § 5 Absatz 3 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- 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 Indikation zugelassene antivirale Mittel
90905	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
90906	Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
90907	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen
90908	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
90909	Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturzubereitung
90910	Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
90911	Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen unter Beachtung des Orientierungsrahmens zur Verordnung von Teststreifen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände der Krankenkassen (Anlage E)
90912	Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen

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 chorioidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
90921	Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden und bei Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern
90922	Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
90923	Moderne Glaukomtherapeutika (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost, Bimatoprost und Tafluprost ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen
90924	Antiparkinsonmittel
90925	Antithrombotische Mittel, parenteral
90926	Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer sowie Memantin
90927	Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten (Triptane)
90928	Systemische Psoriasisstherapie
90929	Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose oder zur Behandlung von Knochenmetastasen
90930	Methylphenidat-, Atomoxetin- und Lisdexamfetamin-Behandlung

Amtliche Bekanntmachungen

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 <ul style="list-style-type: none"> • nur bei Instabiler Angina pectoris (IA)/ Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (NSTEMI) oder • bei Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI), perkutaner Koronarintervention, sofern die Patienten <ul style="list-style-type: none"> - entweder \geq 75 Jahre sind und eine Therapie mit Prasugrel nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung nicht in Frage kommt, - oder eine transitorische ischämische Attacke oder ischämischen Schlaganfall in der Anamnese hatten
90994	Pirfenidon, nur bei leichter bis mittelschwerer idiopathischer pulmonaler Fibrose (IPF) bei Erwachsenen
90993	Abirateronacetat, nur bei Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient sind und für die eine erneute Behandlung mit Docetaxel nicht mehr infrage kommt
90950	Enzalutamid, nur zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet. Dies gilt nur bei Patienten mit einem ECOG-Leistungsstatus von 0, 1 oder 2. <i>– Fortsetzung nächste Spalte –</i>

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Arzneimittel
90950	<i>– Fortsetzung –</i> Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Enzalutamid soll nur durch in der Therapie von Patienten mit Prostatakarzinom erfahrene Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie durch Fachärzte für Urologie und weitere an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen. Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist.
90951	VEGF-Hemmer und Glucocorticoide zur intravitrealen Injektion bei Vorliegen der Indikationen, die in der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM) genannt sind.
90940	Propranolol für die Behandlung proliferativer infantiler Hämangiome, die eine systemische Therapie erfordern: <ul style="list-style-type: none"> • Lebens- oder funktionsbedrohendes Hämangiom • Ulzeriertes Hämangiom, das Schmerzen verursacht und/ oder nicht auf einfache Wundpflegemaßnahmen anspricht • Hämangiom, bei dem die Gefahr von bleibenden Narben oder Entstellung besteht.
90941	Ruxolitinib zur Behandlung von krankheitsbedingter Splenomegalie oder Symptomen bei Erwachsenen mit primärer Myelofibrose (auch bekannt als chronische idiopathische Myelofibrose), Post-Polycythaemia-vera-Myelofibrose oder Post-Essentieller-Thrombozythämie-Myelofibrose.
90942	Siltuximab zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multizentrischer Castleman-Krankheit (Multicentric Castleman's Disease, MCD), die HIV (humanes Immundefizienz-Virus)-negativ und HHV-8 (humanes Herpesvirus-8)-negativ sind

Anlage E zur Richtgrößenvereinbarung 2016

Die Vertragspartner verständigen sich, die Anlage auf Grundlage des gesicherten Stands der wissenschaftlichen und therapeutischen Erkenntnisse zu aktualisieren. 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 (Diabetes mellitus Typ-1 und Typ-2) Generell	600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

Vereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

und

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

dem BKK-Landesverband NORDWEST
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

der IKK classic
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

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

der Knappschaft
Pieperstraße 14 - 28, 44789 Bochum

und
den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

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

über das Arznei- und Verbandmittelausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2016

§ 1 Ziel der Vereinbarung

Ziel dieser Vereinbarung ist es, durch gemeinsames, ergebnisorientiertes Handeln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen auf eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung hinzuwirken, die sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamer Bundesausschuss orientiert.

§ 2 Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel

Unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V wird das Ausgabenvolumen für das Kalenderjahr 2016 abschließend auf den Betrag von

**EUR
3.766.950.000**

festgelegt. Zusätzlich ist ein Sonderausgabenvolumen für Arzneimittel zur Behandlung der chronischen Hepatitis C in Höhe von 211.000.000 EUR für das Jahr 2016 festgelegt.

§ 3 Gemeinsame Arbeitsgruppe

- (1) Die kontinuierliche Begleitung dieser Vereinbarung obliegt der von den Vertragspartnern gebildeten und paritätisch besetzten gemeinsamen Arbeitsgruppe. Diese beobachtet zeitnah die Ausgabenentwicklung und schlägt situationsbezogene Maßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausga-