

Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung

nach § 84 Abs. 6 SGB V für das Jahr 2018 für Berlin

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

– nachfolgend KV Berlin genannt –

und

der AOK Nordost– Die Gesundheitskasse

**dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover**

**der BIG direkt gesund
– handelnd als IKK Landesverband Berlin –**

**der KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Berlin**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse**

den Ersatzkassen:

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

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

– nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt –

§ 1

Gegenstand und Anwendungsbereich

Gegenstand der Vereinbarung ist die Festsetzung von arztgruppenspezifischen und fallbezogenen Richtgrößen für das Volumen der je Vertragsarzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordneten Arznei- und Verbandmittel einschließlich des Sprechstundenbedarfs für das Jahr 2018. Die Richtgrößen sind die Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V (in der Fassung bis 31.12.2016). Die Wirtschaftlichkeitsprüfung aufgrund einer Überschreitung der Richtgrößensumme für den Verordnungsbereich Arznei- und Verbandmittel einschließlich des Sprechstundenbedarfs erfolgt getrennt von einer Wirtschaftlichkeitsprüfung für Heilmittel. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass unter die Wirtschaftlichkeitsprüfung auch die für die Versicherten i. S. d. § 264 Abs. 2 SGB V verordneten Leistungen fallen.

§ 2

Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel einschließlich des Sprechstundenbedarfs

Die arztgruppenspezifischen und fallbezogenen Richtgrößen sind in **Anlage 1** dargestellt. Die vereinbarten Richtgrößen basieren auf Brutto-Verordnungskosten.

§ 3

Berechnung der Richtgrößensumme für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Ärzte mit Mehrfachzulassung

- (1) Die Richtgrößensumme für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V berechnet sich wie folgt:

$$\text{Richtgrößensumme} = \sum_{i=1}^n \text{PFI} \times \text{RGFi}$$

Legende:

PF = Patientenzahl der Fachgruppe je Alterskohorte

Die Patientenzahl der Fachgruppe ergibt sich aus der Anzahl der Arzt-Patientenkontakte, bei der eine EBM-Nr. abgerechnet wird, die auch bei einem in der Einzelpraxis niedergelassenen Vertragsarzt einen Behandlungsfall und damit auch eine Richtgröße ausgelöst hätte (fiktiver Behandlungsfall).

RGF = Richtgröße der Fachgruppe je korrespondierender Alterskohorte

Auch für Ärzte in fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V gilt die Fachgruppeneinteilung und Richtgrößenzuordnung gemäß der geltenden Richtgrößenvereinbarung.

n = Anzahl der zu berücksichtigenden Fachgruppen

- (2) Die Arzneimittelverordnungskosten von Fachgruppen ohne Richtgröße werden nicht berücksichtigt und von dem Gesamtverordnungsvolumen der Praxis/Einrichtung abgezogen. Die Patientenzahl von Ärzten aus einer Fachgruppe ohne Richtgröße wird nicht berücksichtigt.

§ 4

Praxisbesonderheiten, Mehr- und Minderausgaben

- (1) Für die Feststellung von Praxisbesonderheiten gelten die Regelungen nach **Anlage 2**.
- (2) Die Prüfungsgremien können über die in Anlage 2 genannten Praxisbesonderheiten hinaus weitere Praxisbesonderheiten im Einzelfall feststellen.
- (3) Für die tatsächliche Geltungsdauer dieser Vereinbarung behalten sämtliche mit diesem Vertrag und Anlage 2 vereinbarten Praxisbesonderheiten Ihre Gültigkeit.
- (4) Die Vertragspartner empfehlen den Prüfungsgremien, die Verordnung von Sondernahrung per PEG im Rahmen der Feststellung von Praxisbesonderheiten wohlwollend zu prüfen, wenn die Anzahl der zu versorgenden Patienten in der Arztpraxis signifikant über dem Arztgruppendurchschnitt liegt. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist dabei zu beachten.
- (5) Der Einsatz von Arzneimitteln gemäß den RSAV-Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen (Teil I: Asthma bronchiale, Anlage 9 RSAV sowie Teil II: Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Anlage 11 RSAV) in der jeweils gültigen Fassung zur medikamentösen Behandlung von in das Programm Asthma oder COPD eingeschriebenen Versicherten durch die am Vertrag DMP Asthma und DMP COPD teilnehmenden Ärzte, soweit dieser über die entsprechenden durchschnittlichen Kosten der Arztgruppe hinausgeht, wird ebenfalls als Praxisbesonderheit behandelt. Über die Identifikation der DMP-Patienten in den gemäß § 5 zu liefernden Daten sowie über das Verfahren der Bestimmung der Durchschnittskosten der Arztgruppe verständigen sich die Vertragspartner rechtzeitig vor Einleitung des Prüfverfahrens.
- (6) Im Rahmen der Arzneimittelrichtgrößenprüfung sind Mehrausgaben im Arzneimittelbereich und Minderausgaben im Heilmittelbereich kompensatorisch zu berücksichtigen, wenn zwischen diesen Verordnungsbereichen ein begründeter Zusammenhang besteht und die übergreifende Wirtschaftlichkeit sichergestellt ist.

§ 5

Übermittlung der betriebsstättenbezogenen Verordnungskosten und der Fallzahlen an die Prüfungsstelle

- (1) Die Richtgrößenprüfung findet auf Ebene der Betriebsstätte statt. Verordnungskosten und Fälle, die durch Behandlungen in Nebenbetriebsstätten entstehen, werden den jeweiligen Hauptbetriebsstätten zugeordnet. Behandlungen eines Versicherten in der Hauptbetriebsstätte und in einer oder mehreren Nebenbetriebsstätten werden zu einem Behandlungsfall zusammengeführt.
- (2) Richtgrößenrelevant sind alle in der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Arznei- und Verbandmittel sowie der Sprechstundenbedarf. Die Verordnung von Impfstoffen und Hilfsmitteln ist nicht richtgrößenrelevant. Zugrunde gelegt werden die Bruttoverordnungskosten vor Abzug der Zuzahlungen und Rabatte.
- (3) Die Verbände der Krankenkassen stellen der Prüfungsstelle nach § 106c SGB V die betriebsstättenbezogenen Bruttoverordnungsdaten sowie die Zuzahlungsbeträge bezogen auf die Verordnungen aus dem Kalenderjahr 2018 zur Verfügung. Dabei sind insbesondere hinsichtlich Art und Umfang der Unterlagen und hinsichtlich der Fristen die Vorschriften des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in seiner jeweils gültigen Fassung und die die Arzneimittel-Richtgrößenprüfung betreffenden Bestimmungen der jeweils gültigen Prüfvereinbarung zwischen der KV Berlin und den Verbänden der Krankenkassen zu beachten.
- (4) Die Krankenkassen stellen eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Zuordnung für Arznei- und Verbandmittel sicher.
- (5) Die KV Berlin stellt der Prüfungsstelle die betriebsstättenbezogenen und gegebenenfalls die arztbezogenen Fallzahlen gemäß § 6 Abs. 2 zur Verfügung. Dabei sind insbesondere hinsichtlich Art und Umfang der Unterlagen und hinsichtlich der Fristen die Vorschriften des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in seiner jeweils gültigen Fassung und die die Arzneimittel-Richtgrößenprüfung betreffenden Bestimmungen der jeweils gültigen Prüfvereinbarung zwischen der KV Berlin und den Verbänden der Krankenkassen zu beachten.
- (6) Die KV Berlin stellt die Zuordnung der Betriebsstättennummern und der lebenslangen Arztnummern zu den Honoraruntergruppen (HUG) sicher.

§ 6

Ermittlung der Richtgrößenüberschreitung

- (1) Die betriebsstättenbezogene Prüfung der Richtgrößenüberschreitung findet statt, wenn die untere Interventionsgrenze von 15 % überschritten wurde. Wurde die obere Interventionsgrenze von 25 % nicht überschritten, erfolgt eine Beratung gemäß § 106 Abs. 1a und 5a SGB V (in der Fassung bis 31.12.2016), bei Überschreitung der oberen Interventionsgrenze von 25 % hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Das Richtgrößenvolumen des Vertragsarztes ergibt sich aus der Multiplikation der maßgebenden altersgemäß gegliederten Fallzahl des Kalenderjahres mit der entsprechenden ebenfalls altersgemäß gegliederten Richtgröße sowie der Aufsummierung der sich daraus ergebenden Einzelbeträge.

$(\text{RG Arzneimittel und Verbandsmittel nach entsprechender Alterskohorte} \times \text{Fallzahl nach entsprechender Alterskohorte}) = \text{Richtgrößensumme Arzneimittel}$

- (2) Für die Fallzählung werden die in der jeweiligen Fachgruppe und Alterskohorte abgerechneten kurativen Fallzahlen zugrunde gelegt. Hierzu zählen auch die Fälle der Versicherten nach § 264 Absatz 2 SGB V. Die KV Berlin gewährleistet, dass die Fallzählung des Jahres 2018 ab dem 01.01.2018 dem Verfahren entspricht, das der Neuberechnung der Richtgrößen für das Jahr 2016 ab dem 01.04.2016 zugrunde gelegt wurde.
- (3) Für die Ermittlung der Richtgrößenüberschreitung nach Absatz 1 und bei der Richtgrößenprüfung werden die Richtgrößen gemäß Anlage 1 zugrunde gelegt.


§ 7

Geltungszeitraum

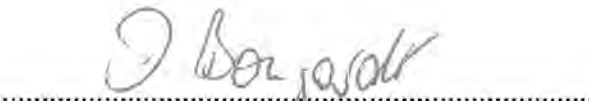
Diese Vereinbarung gilt für die ab dem 01.01.2018 ausgestellten Verordnungen für Arzneimittel- und Verbandsmittel und Sprechstundenbedarf.

Berlin, den 14.6.18


Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Der Vorstand


Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
vertreten durch den Leiter der
vdek-Landesvertretung Berlin


AOK Nordost – Die Gesundheitskasse


BKK Landesverband Mitte
- Regionalvertretung Berlin und Brandenburg -


BIG direkt gesund


KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Berlin
Der Leiter der Regionaldirektion


SVLFG
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Anlage 1

Arztgruppe	HUG-Zuordnung	RG 2018 in €			
		AK 1 0-15 Jahre	AK 2 16-49 Jahre	AK 3 50-64 Jahre	AK 4 ab 65 Jahre
Allgemeinmediziner/ Praktischer Arzt	100, 102, 107, 120	18,96	50,51	86,48	114,76
HÄ Internist	110, 112, 117, 130 und Ärzte ohne Abrechnungsgenehmigung Onkologie	38,32	143,40	181,45	154,58
Kinderarzt	400, 402, 407, 410, 412, 417, 422, 430, 442, 452, 600, 602, 607, 700, 702	23,78	55,34	45,02	233,31
Anästhesiologe	800, 802, 807, 8800	38,28	67,35	132,40	123,42
Augenarzt	900, 902, 907	4,18	9,96	16,84	23,63
Chirurg	1000, 1002, 1007	11,46	17,31	26,88	49,82
Gynäkologe	1200, 1202, 1207	20,69	14,76	55,57	74,66
Reproduktionsmediziner	1300, 1307	26,73	72,63	24,73	23,88
HNO-Arzt	1400, 1402, 1407, 3200	13,37	23,46	15,30	7,52
Dermatologe	1500, 1502, 1507	22,96	42,01	46,93	32,04
Kinder- und Jugendpsychiater	2600	28,37	39,42	25,00	keine
Nervenarzt	2800, 2801, 2802, 2803, 2807, 2810, 2812, 2817, 3810, 3817	69,36	306,10	198,67	140,55
Psychiater oder Psychiater und Psychotherapeut	2900, 2902, 2907	147,86	101,51	89,24	87,16
Orthopäde	3100, 3102, 3107	4,93	14,11	20,24	26,36
Urologe	3600, 3602, 3607	42,10	22,97	52,57	93,03
Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin	3700	3,98	12,64	19,13	24,06
Arzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	6300, 6302	keine	5,09	6,19	8,11
Ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt	6400, 6402, 6407	3,28	7,34	8,93	14,61

Arztgruppe	HUG-Zuordnung	RG 2018 in €			
		AK 1 0-15 Jahre	AK 2 16-49 Jahre	AK 3 50-64 Jahre	AK 4 ab 65 Jahre
FA Innere Medizin ohne SP	1800, 1810 und Ärzte ohne Abrechnungsgenehmigung Onkologie der HUG 1700, 1702, 1707	keine	410,37	293,79	204,80
FA Innere Medizin mit SP Gastroenterologie	1900, 1901, 1902, 1910	83,11	205,21	88,30	48,36
FÄ Internist mit SP Hämatologie und Onkologie	2000, 2002, 2010 und Ärzte mit Abrechnungsge- nehmigung Onkologie der HUG 110, 112, 117, 130, 1700, 1702, 1707	621,46	873,29	1210,39	1058,08
FA Innere Medizin mit SP Kardiologie	2100, 2102, 2107, 2110, 2200, 2207	19,19	18,92	31,23	37,44
FA Innere Medizin mit SP Pneumologie	2300, 2302, 2310	94,75	117,45	161,91	157,29
FA Innere Medizin mit SP Rheumatologie	2400, 2402	1934,88	1201,42	1053,91	634,98
FA Innere Medizin mit SP Nephrologie	2500, 2502, 2507, 2510, 7009	keine	888,83	557,47	213,02
Neurochirurg	1100, 1102	8,25	23,92	32,82	33,37
Mund-Kiefer- und Ge- sichtschirurg	2700, 2702	19,09	22,16	19,20	18,75

Anlage 2: Praxisbesonderheiten

(1) Die Prüfungsstelle hat die von der Richtgrößengruppentypik abweichenden Mehrkosten bei folgenden Indikationen 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. Dies schließt die Berücksichtigung der Verordnung von Generika, Reimporten, rabattierten Arzneimitteln, soweit vorhanden und lieferbar, ein. Voraussetzung ist außerdem, dass die Arzneimittel gemäß ihrer Zulassung verordnet werden. Die Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses einschließlich der Therapiehinweise (Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie) ist zu beachten.

(2) Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit:

1. Immunsuppressive Behandlung
 - bei Kollagenosen bei Internisten m. SP Rheumatologie (HUG 2400, 2402)
 - bei entzündlichen Nierenerkrankungen bei Internisten m. SP Nephrologie (HUG 2500, 2502, 2507, 2510, 7009)
2. Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus und der im Rahmen der intensivierten Insulin-Therapie des Diabetes mellitus notwendigen Blutzuckerteststreifen, sofern die Teststreifen nicht von dritter Seite vorrätig zu halten sind
3. Hormonelle Behandlung und In-vitro-Fertilisation zum Herbeiführen einer Schwangerschaft nach strenger Indikationsstellung gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung, bei Reproduktionsmedizinern (HUG 1300, 1307)
4. Therapie der präterminalen und terminalen Niereninsuffizienz bei Internisten m. SP Nephrologie (HUG 2500, 2502, 2507, 2510, 7009)
5. Betäubungsmittel zur Behandlung starker Schmerzzustände (BtM-Rezepte),
6. Basistherapeutische, immunsuppressive Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (einschließlich Psoriasis-Arthritis) bei Internisten m. SP Rheumatologie (HUG 2400, 2402)
7. Antithrombotische Mittel (parenteral) im Zusammenhang mit Operationen und der Versorgung Unfallverletzter, sofern kein anderer Kostenträger zuständig ist.
8. Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten, einschließlich der für diese Indikation zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone und Antikörper, auch als Rezepturzubereitung, sowie die notwendige Begleitmedikation bei Internisten mit SP Hämatologie und Onkologie (HUG 2000, 2002, 2010 und Ärzte mit Abrechnungsgenehmigung Onkologie mit HUG 110, 112, 117, 130, 1700, 1702, 1707), Rezepturzubereitungen für die Begleitmedikation nur soweit wirtschaftlich und unbedingt erforderlich
9. Therapie der Multiplen Sklerose sowie deren Begleitsymptomatik nach strenger Indikationsstellung im Rahmen der jeweiligen Zulassung bei Nervenärzten (HUG 2800, 2801, 2802, 2803, 2807, 2810, 2812, 2817, 3810 und 3817)

- (3) Die nachstehenden Indikationen sind vom ersten Fall an in vollem Umfang zu berücksichtigen. Das entbindet nicht von der Verpflichtung zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.
1. Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach BUB-Richtlinien mit für die Substitution zulässigen Arzneimitteln, einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen
 2. Immunsuppressive Behandlung
 - nach Organtransplantationen,
 - bei Kollagenosen, außer bei Internisten m. SP Rheumatologie (HUG 2400, 2402)
 - bei entzündlichen Nierenerkrankungen, außer bei Internisten m. SP Nephrologie (HUG 2500, 2502, 2507, 2510, 7009)
 3. Enzymersatz-Therapie bei Morbus Gaucher, Morbus Pompe, Morbus Fabry und Mucopolysaccharidosen (MPS) mit den dafür zugelassenen Arzneimitteln
 4. Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
 5. Hormonelle Behandlung und In-vitro-Fertilisation zum Herbeiführen einer Schwangerschaft nach strenger Indikationsstellung gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung, außer bei Reproduktionsmedizinerinnen (HUG 1300, 1307)
 6. Wachstumshormonbehandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
 7. Interferon- und Peginterferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C sowie der Einsatz von Ribavarin, Boceprevir und Telaprevir bei Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten
 8. Therapie behandlungsbedürftiger HIV-Infektionen einschließlich HIV-bedingter und therapiebedingter Begleiterkrankungen
 9. Therapie der präterminalen und terminalen Niereninsuffizienz, außer bei Internisten m. SP Nephrologie (HUG 2500, 2502, 2507, 2510, 7009)
 10. Palivizumab zur Prävention von RSV-Erkrankungen,
 11. Verteporfin zur Photodynamischen Therapie gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
 12. Basistherapeutische, immunsuppressive Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (einschließlich Psoriasis-Arthritis), außer bei Internisten m. SP Rheumatologie (HUG 2400, 2402)
 13. Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
 14. Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten, einschließlich der für diese Indikation zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine, Interferone und Antikörper, auch als Rezepturzubereitung, sowie die notwendige Begleitmedikation, außer bei Internisten mit SP Hämatologie und Onkologie (HUG 2000, 2002, 2010 und Ärzte mit Abrechnungsgenehmigung Onkologie mit HUG 110, 112, 117, 130, 1700, 1702, 1707), Rezepturzubereitungen für die Begleitmedikation nur soweit wirtschaftlich und unbedingt erforderlich
 15. Therapie der Multiplen Sklerose sowie deren Begleitsymptomatik nach strenger Indikationsstellung im Rahmen der jeweiligen Zulassung, außer bei Nervenärzten (HUG 2800, 2801, 2802, 2803, 2807, 2810, 2812, 2817, 3810 und 3817)
 16. Alpha-1-Proteinase-Inhibitor zur Substitution bei entsprechendem Mangel gemäß der Zulassung,
 17. Carglumsäure bei N-Acetylglutamatsynthase-Mangel

18. Basistherapeutische immunsuppressive Behandlung von chronisch entzündlichen Darm-erkrankungen einschließlich Morbus Crohn bei Internisten mit SP Gastroenterologie (HUG 1900, 1901, 1902, 1910) sowie von Psoriasis bei Hautärzten (HUG 1500, 1502, 1507), der Einsatz der Biologicals erfolgt im Rahmen der Zulassungsindikation, die vorherige systemische Therapie ist zu dokumentieren
19. Asthmatherapie und Hyposensibilisierung für Kinder bei Kinderpneumologen (HUG 700 und 702)
20. Antiepileptika für Kinder bei Kinderärzten mit der Teilgebietsbezeichnung Neuropädiatrie
21. Arzneimittel zur intravitrealen Injektion

- (4) Die Vertragspartner streben Maßnahmen an, die die Vertragsärzte dazu anhalten, durch geeignete Verordnungsweise die Umsetzung der durch Krankenkassen abgeschlossenen Arzneimittel-Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V zu unterstützen.

Dazu werden von den je Vertragsarzt gemäß § 5 Abs. 3 ermittelten Brutto-Verordnungskosten 10% des auf Rabattarzneimittel entfallenden Anteils dieser Verordnungskosten im Rahmen der Vorabprüfung nach § 106 Abs. 5a SGB V abgezogen. Die für die Auswertung benötigten Informationen zur Identifikation von Rabattarzneimitteln nach § 130a Abs. 8 SGB V erhält die Prüfungsstelle über die ABDATA.

- (5) Die Verordnungskosten der ab 2014 neu zugelassenen Arzneimittel zur Behandlung der Hepatitis C sind nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V.