

Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung

nach § 84 Abs. 6 SGB V für das Jahr 2019 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 die Leiterin 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 2019. 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. Für 2019 beträgt der Anpassungsfaktor bei den Richtgrößen 4,04 %.

§ 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:

$$\text{Richtgrößensumme} = \sum_{i=1}^n \text{PF}_i \times \text{RGF}_i$$

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 Sondennahrung 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 Bruttoverordnungs-kosten 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.

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

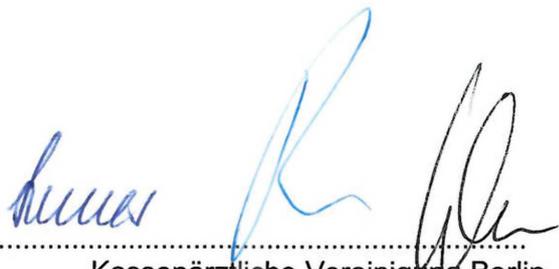
- (2) Für die Fallzählung werden die in der jeweiligen Fachgruppe und Alterskohorte abgerechneten kurativen Fallzahlen zugrunde gelegt. Hierzu zählen auch die Fälle der Versicherten nach § 264 Absatz 2 SGB V. Die KV Berlin gewährleistet, dass die Fallzählung des Jahres 2019 ab dem 01.01.2019 dem Verfahren 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

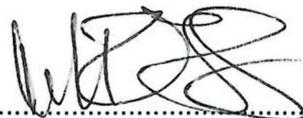
Geltungszeitraum

Diese Vereinbarung gilt für die ab dem 01.01.2019 ausgestellten Verordnungen für Arznei- und Verbandmittel und Sprechstundenbedarf.

Berlin, den 14. FEB. 2020



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Der Vorstand



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
vertreten durch die Leiterin der
vdek-Landesvertretung Berlin



AOK Nordost – Die Gesundheitskasse



BKK Landesverband Mitte
- Landesvertretung Berlin und Brandenburg -



BIG direkt gesund



KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Berlin
Der Leiter der Regionaldirektion



SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse