

Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung

nach § 84 Abs. 6 SGB V für das Jahr 2012 für Berlin

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

– nachfolgend KV Berlin genannt –

und

der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

**dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover**

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

**der Knappschaft
Regionaldirektion Berlin**

**der Krankenkasse für den Gartenbau
– handelnd als Landesverband für die
landwirtschaftliche Krankenversicherung in Berlin –**

den Ersatzkassen:

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
 - KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
 - hkk

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg**

– 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 2012. Die Richtgrößen sind die Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V. 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.

§ 3

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

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

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

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

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) 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.
- (4) 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.
- (5) 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 § 106 Abs. 4a SGB V die betriebsstättenbezogenen Bruttoverordnungsdaten sowie die Zuzahlungsbeträge bezogen auf die Verordnungen aus dem Kalenderjahr 2012 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 Arzneimittelrichtgrößenprüfung 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 Arzneimittelrichtgrößenprüfung 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, 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 AKV-Fallzahl des Kalenderjahres mit der entsprechenden Richtgröße sowie der Aufsummierung mit dem in gleicher Weise für das RKV-versicherte Patientenkontingent ermittelten Betrag.

$$(RG \text{ Arznei- und Verbandmittel M/F} \times \text{Fallzahl M/F}) + (RG \text{ Arznei- und Verbandmittel R} \times \text{Fallzahl R}) = \text{Richtgrößensumme Arzneimittel}$$

- (2) Für die Fallzählung werden die im Jahr 2012 in der jeweiligen Fachgruppe (AKV, RKV) abgerechneten kurativen Fallzahlen zugrunde gelegt. Hierzu zählen auch die Fälle der Versicherten nach § 264 Absatz 2 SGB V. Dabei zählen die Fallkennzeichen A (Ambulante Behandlung), K (Konsiliaruntersuchung) und M (Mit-/Weiterbehandlung) voll. Die Fallkennzeichen N (Notfall), V (Urlaubs-/Krankheitsvertretung), O (Ärztlicher Bereitschaftsdienst) zählen zu $\frac{1}{4}$. Die Scheinkennzeichen C und L finden in der Fallzählung keine Berücksichtigung. Die KV Berlin gewährleistet, dass die Fallzählung für das Jahr 2012 dem Verfahren entspricht, das der Neuberechnung der Richtgrößen im Jahre 2011 zugrunde gelegt wurde.
- (3) Für die Ermittlung der Richtgrößenüberschreitung nach Absatz 1 und bei der Richtgrößenprüfung werden fiktive Richtgrößen zugrunde gelegt, wenn die in den Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V vom 30.09.2011 für das Jahr 2012 in Höhe von + 2,4% festgelegten Anpassungsfaktoren und/oder der regionale Anpassungsfaktor „Altersstruktur der Versicherten“ in Höhe von + 0,55% abweichend neu bewertet werden. In diesem Fall werden anstelle der in Satz 1 genannten Anpassung in Höhe von + 2,4% und/oder des regionalen Anpassungsfaktors „Altersstruktur der Versicherten“ in Höhe von + 0,55% die abweichend neu bewerteten Anpassungsfaktoren für das Jahr 2012 bei der Berechnung der fiktiven Richtgrößen zugrunde gelegt. Wenn die so berechneten fiktiven Richtgrößen höher sind als die vereinbarten Richtgrößen, dann sind die fiktiven Richtgrößen Basis der Wirtschaftlichkeitsprüfung, ansonsten die vereinbarten Richtgrößen nach Anlage 1.

§ 7

Basis für das Jahr 2013

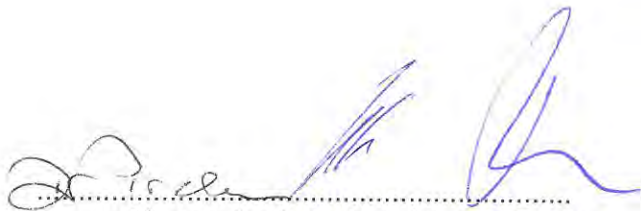
Die fiktiven Richtgrößen stellen die Basis für die für das Jahr 2013 zu ermittelnden Richtgrößen dar, sofern sich die Vertragspartner auf eine lineare Weiterentwicklung der Richtgrößen 2012 für das Jahr 2013 verständigen.

§ 8


Geltungszeitraum, Anschlussvereinbarung

- (1) Diese Vereinbarung gilt für die in dem Jahr 2012 ausgestellten Verordnungen für Arznei- und Verbandmittel und Sprechstundenbedarf.
- (2) Die Vertragspartner nehmen ab Anfang September 2012 Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung mit dem Ziel auf, diese noch im Jahr 2012 abzuschließen.

Berlin, den 09. DEZ. 2011



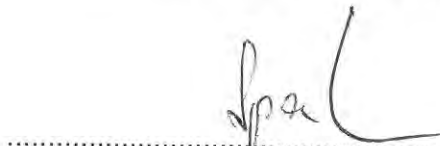
Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Der Vorstand



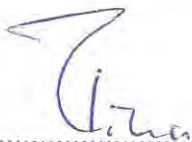
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
vertreten durch die Leiterin der
vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg




AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
zugleich handelnd für die Krankenkasse für den
Gartenbau, diese handelnd als Landesverband
für die landwirtschaftliche Krankenversicherung
in Berlin
Der Vorstand



BKK Landesverband Mitte
- Landesvertretung Berlin-Brandenburg -



BIG direkt gesund



Knappschaft
Regionaldirektion Berlin
Der Leiter der Regionaldirektion

Anlage 1: Richtgrößen 2012 für Arznei- und Verbandmittel (inkl. SSB)

Arztgruppe	HUG-Zuordnung	RG 2012	
		M/F	R
Allgemeinmediziner/ Praktischer Arzt	100, 102, 107, 120	44,98	112,92
HÄ Internist	110, 112, 117, 130 Ärzte ohne Abrechnungsgenehmigung Onkologie	101,43	147,46
Kinderarzt	400, 402, 407, 410, 412, 417, 422, 430, 442, 452, 600, 602, 607, 700, 702	26,05	111,73
Anästhesiologe	800, 802, 807, 8800	71,39	206,05
Augenarzt	900, 902, 907	10,03	17,75
Chirurg	1000, 1002, 1007	18,81	55,45
Gynäkologe	1200, 1202, 1207	21,41	78,58
Reproduktionsmediziner	1300, 1307	71,65	107,10
HNO-Arzt	1400, 1402, 1407, 3200	18,02	10,37
Dermatologe	1500, 1502, 1507	28,80	26,51
Kinder- und Jugendpsychiater	2600	29,93	49,19
Nervenarzt	2800, 2801, 2802, 2803, 2807, 2810, 2812, 2817, 3810, 3817	184,32	176,06
Psychiater oder Psychiater und Psychotherapeut	2900, 2902, 2907	81,52	116,39
Orthopäde	3100, 3102, 3107	11,86	26,59
Urologe	3600, 3602, 3607	28,70	63,16
FA Physiotherapie und für physikali- sche und rehabilitative Medizin	3700	11,15	23,16
Arzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	6300, 6302	4,75	8,89
Ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt	6400, 6402, 6407	8,04	10,73
FA Innere Medizin ohne SP	1800, 1810 und Ärzte ohne Abrech- nungsgenehmigung Onkologie der HUG 1700, 1702, 1707	200,58	177,10
FA Innere Medizin mit SP Gastroenterologie	1900, 1901, 1902, 1910	72,97	65,02
FA Innere Medizin mit SP Hämatologie und Onkologie	2000, 2002, 2010 und Ärzte mit Abrechnungsgenehmigung Onkologie der HUG 110, 112, 117, 130, 1700, 1702, 1707	645,20	887,47
FA Innere Medizin mit SP Kardiologie	2100, 2102, 2107, 2110, 2200, 2207	34,41	47,94
FA Innere Medizin mit SP Pneumologie	2300, 2302, 2310	109,00	152,15
FA Innere Medizin mit SP Rheumatologie	2400, 2402	731,50	642,40
FA Innere Medizin mit SP Nephrologie	2500, 2502, 2507, 2510, 7009	345,54	397,92
Neurochirurg	1100, 1102	19,32	36,14
Mund-Kiefer- und Gesichtschirurg	2700, 2702	26,35	28,61

Anlage 2: Praxisbesonderheiten

(1) Die Prüfungsstelle hat die von der Richtgrößengruppentypik abweichenden Mehrkosten bei folgenden Indikationsgebieten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Mehrkosten sind aufgrund der fortentwickelten (Zu- und Abschläge der Rahmenvorgaben 2010 bis 2012 und weitere Anpassungsfaktoren, die richtgrößenrelevant geworden sind) Fall- bzw. Durchschnittswerte 2009 der Arztgruppe zu berücksichtigen. 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. Heparine im Zusammenhang mit ambulanten Operationen und der Versorgung Unfallverletzter sofern kein anderer Kostenträger zuständig ist, auch wenn der die Heparine verordnende Arzt nicht selbst die ambulante Operation durchgeführt hat, dies gilt auch für die Verordnung von Heparinen nach stationär durchgeführten Operationen
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 mit Interferonen und Glatirameracetat und Natalizumab und Fingolimod sowie deren Begleitsymptomatik (Fampridin und Cannabis-Extrakt) 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 Indikationsgebiete 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 Reproduktionsmedizinern (HUG 1300, 1307)
 6. Wachstumshormonbehandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
 7. Interferon-Therapie bei Hepatitis B und 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 mit Interferonen und Glatirameracetat, Natalizumab und Fingolimod sowie deren Begleitsymptomatik (Fampridin und Cannabis-Extrakt) 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