

# Vereinbarung

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin)**

und

**der AOK Berlin - Die Gesundheitskasse -**

**dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e. V.  
- vertreten durch die Landesvertretung Berlin -**

**dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV) e. V.  
- vertreten durch die Landesvertretung Berlin -**

**dem BKK-Landesverband Ost  
- Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg-**

**der BIG Gesundheit - Die Direktkrankenkasse**

**der Knappschaft Dienststelle Berlin  
vertreten durch die AOK Berlin – Die Gesundheitskasse**

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

**der Seekrankenkasse  
vertreten durch die AOK Berlin – Die Gesundheitskasse**

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

nach § 84 Abs. 6 SGB V über die Festsetzung von Richtgrößen für das Jahr 2006 für Arznei- und Verbandmittel einschließlich des Sprechstundenbedarfs als Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V (**Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung 2006**)

## § 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 2006 und die Festsetzung der Berechnung von Richtgrößensummen für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Ärzte mit Mehrfachzulassung. Sie bilden die Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 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 für das Jahr 2006

- (1) Die fachgruppenspezifischen und fallbezogenen Richtgrößen ergeben sich aus Anlage 1.
- (2) Die Richtgrößensumme für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, 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 Gemeinschaftspraxen, 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

Arzneimittelverordnungskosten von Fachgruppen, die keine Richtgröße haben, werden nicht berücksichtigt und von dem Gesamtverordnungsvolumen der Praxis/Einrichtung abgezogen. Die Patientenzahl von Ärzten aus einer Fachgruppe ohne Richtgröße wird nicht berücksichtigt.

- (3) Für einen Vertragsarzt, der für mehrere Gebiete zugelassen ist, gilt die Richtgröße, die der Fachgruppe seiner Stempelnummer entspricht.

### **§ 3**

#### **Praxisbesonderheiten, Mehr- und Minderausgaben**

- (1) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung Arzneimittel 2006 gelten die in Anlage 2 genannten Indikationsgebiete als Praxisbesonderheiten, soweit sie die Verordnung von Arzneimitteln betreffen. Die darauf entfallenden Verordnungskosten werden vom Prüfungs- und Beschwerdeausschuss in dem Umfang als Praxisbesonderheiten berücksichtigt, wie sie von der Arzneimittelauswahl, dem Preis und der Menge dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass in den arztbezogenen Prüfungen bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens bei den in Anlage 2 genannten Praxisbesonderheiten ein Abzug ab dem ersten Behandlungsfall erfolgt.
- (2) Die Prüfungsgremien können über die in Anlage 2 genannten Praxisbesonderheiten hinaus weitere Praxisbesonderheiten im Einzelfall feststellen.
- (3) In den festgesetzten Richtgrößen sind die nach § 34 ausgeschlossenen Arzneimittel nicht berücksichtigt. Im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V werden die auf die nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V ausnahmsweise verordnungsfähigen Arzneimittel entfallenden Verordnungskosten vor Einleitung des Prüfverfahrens von den Prüfungsgremien nach den Kriterien gemäß Absatz 1 Satz 2 analog der Praxisbesonderheiten bewertet und berücksichtigt.
- (4) Des Weiteren empfehlen die Vertragspartner den Prüfungsgremien, die Verordnung von Sondennahrung per PEG im Rahmen der Prüfung von Praxisbesonderheiten wohlwollend zu prüfen, wenn die Anzahl der zu versorgenden Patienten in der Arztpraxis signifikant über dem Fachgruppen-Durchschnitt liegt. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten.
- (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.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Die Vertragspartner verständigen sich über ein Verfahren zur Feststellung eines kompensationsfähigen Mehraufwands.

## **§ 4**

### **Übermittlung der arztbezogenen Verordnungskosten und der Fallzahlen an die Geschäftsstelle**

- (1) Richtgrößenrelevant sind alle in der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Arznei- und Verbandmittel sowie der Sprechstundenbedarf. Die Verordnung von Impfstoffen und Hilfsmitteln ist nicht richtgrößenrelevant. Zugrundegelegt werden die Bruttoverordnungs-kosten vor Abzug der Zuzahlungen und Rabatte.
- (2) Die Verbände der Krankenkassen stellen der Geschäftsstelle nach § 106 Abs. 4a SGB V die arztbezogenen und richtgrößenrelevanten Bruttoverordnungsdaten sowie die Zuzahlungs-beträge bezogen auf die Verordnungen aus dem Kalenderjahr 2006 zur Verfügung. Dabei sind insbesondere hinsichtlich Art und Umfang der Unterlagen und hinsichtlich der Fristen die Vorschriften des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern (Vertrag vom 18. Oktober 2004, in Kraft getreten zum 1. Januar 2004) und die Arzneimittel-Richtgrößenprüfung betreffenden Bestimmungen der jeweils gültigen Prüfvereinbarung zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden zu beachten.
- (3) Die Krankenkassen stellen eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Zuordnung für Arznei- und Verbandmittel sicher.
- (4) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt der Geschäftsstelle die arztbezogenen Fallzahlen gemäß § 5 Abs. 2 zur Verfügung. Dabei sind insbesondere hinsichtlich Art und Umfang und hinsichtlich der Fristen die Vorschriften des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern (Vertrag vom 18. Oktober 2004, in Kraft getreten zum 1. Januar 2004) und die Arzneimittel- Richtgrößenprüfung betreffenden Bestimmungen der jeweils gültigen Prüfvereinbarung zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden zu beach-ten.

## **§ 5**

### **Ermittlung der Richtgrößenüberschreitung**

- (1) Die arztbezogene 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. 1 a und 5 a SGB V, bei Überschreitung der oberen Interventionsgrenze von 25% hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbe-sonderheiten begründet ist. Das Richtgrößenvolumen des Vertragsarztes ergibt sich aus der Multiplikation der maßgebenden AKV-Fallzahl des Kalenderjahres mit der entspre-

chenden Richtgröße sowie der Aufsummierung mit dem in gleicher Weise für das RKV-versicherte Patientenklientel 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 2006 in der jeweiligen Fachgruppe (AKV, RKV) abgerechneten kurativen Fallzahlen (Formblatt 3- Abrechnungsposition A-01-69-00) 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 ¼. Die Scheinkennzeichen C und L finden in der Fallzählung keine Berücksichtigung.

## **§ 6 Basis für das Jahr 2007**

Die Richtgrößen dienen als Basis für die für das Jahr 2007 zu ermittelnden Richtgrößen.

## **§ 7 Geltungszeitraum, Anschlussvereinbarung**

- (1) Diese Vereinbarung gilt für die in dem Jahr 2006 ausgestellten Verordnungen für Arznei- und Verbandmittel und Sprechstundenbedarf.
- (2) Die Vertragspartner nehmen spätestens im September 2006 Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung auf, mit dem Ziel, diese noch im Jahre 2006 abzuschließen.

Berlin, den

.....  
Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Dr. Angelika Prehn  
Vorsitzende des Vorstandes

.....  
Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Dr. Uwe Kraffel  
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

.....  
Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Burkhard Bratzke  
Vorstandsmitglied

.....  
AOK Berlin – Die Gesundheitskasse  
Der Vorstand

.....  
Verband der Angestellten-Krankenkasse (VdAK) e. V.  
Der Leiter der Landesvertretung Berlin

.....  
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV) e. V.  
Der Leiter der Landesvertretung Berlin

.....  
dem BKK-Landesverband Ost  
- Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg -  
Der Vorstand

.....  
BIG Gesundheit - Die Direktkrankenkasse  
Der Vorstand

.....  
Knappschaft Dienststelle Berlin  
vertreten durch die AOK Berlin – Die Gesundheitskasse  
Der Vorstand

.....  
Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband für die  
landwirtschaftliche Krankenversicherung in Berlin  
Der Vorstand

.....  
Seekrankenkasse  
vertreten durch die AOK Berlin – Die Gesundheitskasse  
Der Vorstand

## Anlage 1 zur Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung 2006

### Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel (incl. SSB)

Fachgruppe	RG 2006 M/F	RG 2006 R
Anästhesisten	33,30 €	123,06 €
Augenärzte	6,60 €	13,32 €
Chirurgen	21,04 €	42,92 €
Gynäkologen	17,08 €	26,27 €
HNO-Ärzte	16,44 €	13,15 €
Hautärzte	25,04 €	29,73 €
Internisten - hausärztlich	57,41 €	112,84 €
Internisten - fachärztlich	91,30 €	133,21 €
Kinderärzte	46,18 €	46,18 €
Lungenärzte	91,22 €	134,94 €
MKG-Chirurgen	23,73 €	19,75 €
Nervenärzte	96,62 €	128,82 €
Neurochirurgen - niedergelassen	34,71 €	63,41 €
Neurochirurgen - ermächtigt	7,45 €	15,10 €
Orthopäden	13,26 €	23,39 €
Ärzte für Physiotherapie	7,42 €	17,50 €
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	39,46 €	112,83 €
Psychiater	63,99 €	96,80 €
Kinder- u. Jugendpsychiater	28,05 €	62,43 €
Ärztliche Psychotherapeuten*	6,14 €	28,88 €
Überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte**	13,17 €	68,37 €
Urologen	27,20 €	54,87 €

\* Fachärzte für Psychotherapie und Ärzte mit einem Leistungsbedarfsanteil aus Leistungen des Abschnitts G IV. EBM 1996 von mindestens 90 %.

\*\* Ärzte mit einem Leistungsbedarfsanteil aus Leistungen des Abschnitts G IV. EBM 1996 von 60 % bis 89,99 %

## **Anlage 2 zur Richtgrößenvereinbarung 2006**

### **Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit:**

#### **Arzneimittel**

1. Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach NUB-Richtlinien mit für die Substitution zulässigen Arzneimitteln, einschl. entsprechender Rezepturzubereitungen,
2. Immunsuppressive Behandlung
  - nach Organtransplantationen,
  - bei Kollagenosen,
  - bei entzündlichen Nierenerkrankungen,
3. 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,
4. Enzymersatz-Therapie bei Morbus Gaucher,
5. Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten,
6. Hormonelle Behandlung und In-vitro-Fertilisation bei Sterilität nach strenger Indikationsstellung gemäß den Richtlinien für künstliche Befruchtung,
7. Wachstumshormonbehandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs,
8. Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten,
9. Therapie behandlungsbedürftiger HIV-Infektionen einschl. deren Begleiterkrankungen,
10. Therapie der Terminalen Niereninsuffizienz,
11. Betäubungsmittel zur Behandlung starker Schmerzzustände (BTM-Rezepte).
12. Palivizumab zur Prävention von RSV-Erkrankungen
13. Verteporfin zur Photodynamischen Therapie gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
14. Basistherapeutische, immunsuppressive Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises.
15. Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose.
16. Heparine und Verbandstoffe im Zusammenhang mit ambulanten Operationen und der Versorgung Unfallverletzter sofern kein anderer Kostenträger zuständig ist.
17. Orale und parenterale Chemotherapie sowie die notwendige Begleitmedikation und Antiemetika bei Tumorpatienten einschl. der für diese Indikation zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturzubereitung.
18. Therapie der Multiplen Sklerose mit Interferonen und Glatirameracetat im Rahmen der Zulassung der entsprechenden Präparate.
19. Alpha-1-proteinase-Inhibitor zur Substitution bei entsprechendem Mangel gemäß der Zulassung.
20. Carglumsäure bei N-Acetylglutamatsynthase-Mangel.