

Vereinbarung

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin)

und

der AOK Berlin - Die Gesundheitskasse -

**dem Verband der Angestellten-Krankenkasse (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
handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4 SGB V
für die Innungskrankenkassen mit Mitgliedern in Berlin**

der Knappschaft - Dienststelle Berlin

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

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

nach § 84 Abs. 6 SGB V über die Festsetzung von Richtgrößen für das Jahr 2007 für Arznei- und
Verbandmittel einschließlich des Sprechstundenbedarfs als Grundlage für die Wirtschaftlichkeits-
prüfung nach § 106 SGB V (**Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung 2007**)

§ 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 2007. 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 2007

Die fachgruppenspezifischen und fallbezogenen Richtgrößen ergeben sich gem. folgendem Berechnungsverfahren: Die einzelnen fachgruppen- und statusbezogenen Richtgrößen 2006 werden um den prozentualen Anteil der Arzneimittel, die unter die Vereinbarung gem. § 84 Abs. 7 a SGB V fallen, bereinigt. Der prozentuale Anteil der zu bereinigenden Bruttoverordnungskosten wird fachgruppen- und statusbezogen auf der Grundlage der Bruttoverordnungsdaten der KV Berlin des 1. Hj. 2006 anhand der Liste der Wirkstoffe in Anlage 1 ermittelt. Die auf dieser Basis ermittelten Anteile werden von den Richtgrößen abgezogen. Die Richtgrößen 2007 ergeben sich aus der Steigerung der so ermittelten Basis mit dem Faktor 6,1 % (s. Anlage 2). Die Verbände der Krankenkassen gewährleisten, dass die Liste der Wirkstoffe nur die Arzneimittel erfasst, die bei der Ermittlung der Zielwerte gemäß § 84 Abs. 7a SGB V zugrunde gelegt worden sind.

§ 3

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

(1) 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

Die Arzneimittelverordnungs-kosten 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.

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

§ 4

Praxisbesonderheiten, Mehr- und Minderausgaben

- (1) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung Arzneimittel 2007 gelten die in Anlage 3 genannten Indikationsgebiete als Praxisbesonderheiten, soweit sie die Verordnung von Arzneimitteln betreffen. Die darauf entfallenden Verordnungskosten werden vom Prüfungs- und Beschwerdeaus-schuss in dem Umfang als Praxisbesonderheiten berücksichtigt, wie sie von der Arzneimittel-auswahl, dem Preis und der Menge dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen. Die Ver-tragspartner sind sich darüber einig, dass in den arztbezogenen Prüfungen bei Überschrei-tung des Richtgrößenvolumens bei den in Anlage 3 genannten Praxisbesonderheiten ein Ab-zug ab dem ersten Behandlungsfall erfolgt.
- (2) Die Prüfungsgremien können über die in Anlage 3 genannten Praxisbesonderheiten hinaus weite-re 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 Krite-rien gemäß Absatz 1 Satz 2 analog der Praxisbesonderheiten bewertet und berücksichtigt.
- (4) Des Weiteren empfehlen die Vertragspartner den Prüfungsgremien, die Verordnung von Sonden-nahrung 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.¹

§ 5

Übermittlung der arztbezogenen Verordnungskosten und der Fallzahlen an die Geschäftsstelle

- (1) Richtgrößenrelevant sind alle in der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Arznei- und Verbandmittel nach Abzug der Bruttoverordnungskosten der nach § 84 Abs. 7a SGB V vereinbarten Arzneimittelgruppen gemäß § 6 sowie der Sprechstundenbedarf. Die Verordnung von Impfstoffen und Hilfsmitteln ist nicht richtgrößenrelevant. Zugrunde gelegt werden die Bruttoverordnungskosten vor Abzug der Zuzahlungen und Rabatte.
- (2) Die Verbände der Krankenkassen stellen der Geschäftsstelle nach § 106 Abs. 4a SGB V die arztbezogenen Bruttoverordnungsdaten sowie die Zuzahlungsbeträge bezogen auf die Verordnungen aus dem Kalenderjahr 2007 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 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 § 7 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 Krankenkassenverbänden zu beachten.
- (5) Die Geschäftsstelle nimmt die gem. § 6 erforderliche Bereinigung vor. Hierfür stellen die Krankenkassen der Geschäftsstelle die Daten nach Absatz 2 pharmazentralnummernbezogen zur Verfügung.

¹ Die Vertragspartner verständigen sich über ein Verfahren zur Feststellung eines kompensationsfähigen Mehraufwands.

§ 6

Bereinigung um die Arzneimittelgruppen gem. § 84 Abs. 7 a SGB V zur Ermittlung der arztindividuellen richtgrößenrelevanten Verordnungskosten

Die auf die gem. § 84 Abs. 7 a SGB V vereinbarten Arzneimittel entfallenden Bruttoverordnungskosten werden vor der Ermittlung der Richtgrößenüberschreitung von den arztindividuellen Verordnungskostensummen abgezogen. Der Bereinigung wird die Liste der Wirkstoffe gem. Anlage 1 zugrunde gelegt.

§ 7

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 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 Patienten Klientel 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 2007 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 ¼. Die Scheinkennzeichen C und L finden in der Fallzählung keine Berücksichtigung. Die KV Berlin gewährleistet, dass die Fallzählung für das Jahr 2007 dem Verfahren entspricht, das der Neuberechnung der Richtgrößen im Jahre 2002 zugrunde gelegt wurde.
- (3) Für die gem. § 6 vereinbarte Bereinigung wird keine Bereinigung der Fallzahlen vorgenommen.

§ 8

Salvatorische Klausel

- 1) Sollten sich zu den der Rahmenvorgabe nach § 84 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2007 zugrunde gelegten Annahmen Abweichungen ergeben, werden diese bei der Ermittlung der Basis für die Weiterentwicklung der Arzneimittelrichtgrößen für das Jahr 2008 berücksichtigt.

- 2) Sollten sich zu den der Berechnung der Arzneimittelrichtgrößen zugrunde gelegten Berechnungen für die fachgruppen- und statusbezogene Bereinigung gemäß § 2 Satz 2 und 3 nach Bekanntgabe der Richtgrößen Abweichungen ergeben, werden diese bei der Ermittlung der Basis für die Weiterentwicklung der Arzneimittelrichtgrößen für das Jahr 2008 berücksichtigt.
- 3) Sofern die aktualisierten Berechnungen nach Absatz 2 für die Bereinigung gemäß § 2 Satz 2 und 3 höhere Richtgrößen für das Jahr 2007 ergeben, werden diese im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung für das Jahr 2007 zugrunde gelegt.

§ 9

Geltungszeitraum, Anschlussvereinbarung

- (1) Diese Vereinbarung gilt für die in dem Jahr 2007 ausgestellten Verordnungen für Arznei- und Verbandmittel und Sprechstundenbedarf.
- (2) Die Vertragspartner nehmen ab Anfang September 2007 Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung auf, mit dem Ziel, diese noch im Jahre 2007 abzuschließen.

Berlin, den 14.12.2006

.....
Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Der Vorstand

.....
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
handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4 SGB V
für die Innungskrankenkassen mit Mitgliedern in Berlin
Der Vorstand

.....
Knappschaft - Dienststelle Berlin
Der Leiter der Dienststelle

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

Anlage 1: Liste der Wirkstoffe gem. § 2

| Arzneimittelgruppe | |
|---|----------------|
| Wirkstoff | ATC |
| Statine | |
| Simvastatin - Leitsubstanz | C10AA01 |
| Lovastatin | C10AA02 |
| Pravastatin | C10AA03 |
| Fluvastatin | C10AA04 |
| Atorvastatin | C10AA05 |
| Cerivastatin | C10AA06 |
| Rosuvastatin | C10AA07 |
| Protonenpumpen-Inhibitoren | |
| Omeprazol - Leitsubstanz | A02BC01 |
| Pantoprazol | A02BC02 |
| Lansoprazol | A02BC03 |
| Rabeprazol | A02BC04 |
| Esomeprazol | A02BC05 |
| Selektive Betablocker | |
| Practolol | C07AB01 |
| Metoprolol | C07AB02 |
| Atenolol | C07AB03 |
| Acebutolol | C07AB04 |
| Betaxolol | C07AB05 |
| Bevanolol | C07AB06 |
| Bisoprolol - Leitsubstanz | C07AB07 |
| Celiprolol | C07AB08 |
| Esmolol | C07AB09 |
| Epanolol | C07AB10 |
| S-Atenolol | C07AB11 |
| Nebivolol | C07AB12 |
| Talinolol | C07AB13 |
| Alpha-Rezeptorenblocker | |
| Alfuzosin | G04CA01 |
| Tamsulosin - Leitsubstanz | G04CA02 |
| Terazosin | G04CA03 |
| Doxazosin | G04CA05 |
| Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren | |
| Zimeldin | N06AB02 |
| Fluoxetin | N06AB03 |
| Citalopram - Leitsubstanz | N06AB04 |
| Paroxetin | N06AB05 |
| Sertralin | N06AB06 |
| Alaproclat | N06AB07 |
| Fluvoxamin | N06AB08 |
| Etooperidon | N06AB09 |
| Escitalopram | N06AB10 |
| Bisphosphonate | |
| Etidronsäure | M05BA01 |
| Alendronsäure - Leitsubstanz | M05BA04 |
| Ibandronsäure | M05BA06 |
| Risedronsäure | M05BA07 |
| Triptane | |
| Sumatriptan - Leitsubstanz | N02CC01 |
| Naratriptan | N02CC02 |
| Zolmitriptan | N02CC03 |
| Rizatriptan | N02CC04 |
| Almotriptan | N02CC05 |
| Eletriptan | N02CC06 |
| Frovatriptan | N02CC07 |

Anlage 2 :

Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel (incl. SSB)

| Fachgruppe | RG 2007 M/F | RG 2007 R |
|--|----------------|--------------|
| Anästhesisten | 33,86 | 129,04 |
| Augenärzte | 7,00 | 14,13 |
| Chirurgen | 21,87 | 44,39 |
| Gynäkologen | 17,96 | 26,94 |
| HNO-Ärzte | 17,39 | 13,89 |
| Hautärzte | 26,55 | 31,49 |
| Internisten - hausärztlich | 53,74 | 101,32 |
| Internisten - fachärztlich | 90,97 | 130,70 |
| Kinderärzte | 48,80 | 48,48 |
| Lungenärzte | 96,30 | 142,14 |
| MKG-Chirurgen | 25,12 | 20,83 |
| Nervenärzte | 96,48 | 130,73 |
| Neurochirurgen - niedergelassen | 35,71 | 66,30 |
| Neurochirurgen - ermächtigt | 7,83 | 16,02 |
| Orthopäden | 13,10 | 20,51 |
| Ärzte für Physiotherapie | 7,45 | 16,21 |
| Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte | 37,20 | 101,24 |
| Psychiater | 57,11 | 92,37 |
| Kinder- u. Jugendpsychiater | 29,42 | 64,59 |
| Ärztliche Psychotherapeuten* | 4,74 | 26,21 |
| Überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte** | 10,66 | 61,88 |
| Urologen | 23,15 | 47,36 |

* 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 3

Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit:

Arzneimittel

1. Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach NUB-Richtlinien mit für die Substitution zulässigen Arzneimitteln, einschl. entsprechender Rezepturbereitungen,
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 Qualitätssicherungs-Vereinbarung 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 Rezepturbereitung.
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.

Anlage 2 :

Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel (incl. SSB)

| Fachgruppe | RG 2007 M/F | RG 2007 R |
|--|----------------|--------------|
| Anästhesisten | 33,86 | 129,04 |
| Augenärzte | 7,00 | 14,13 |
| Chirurgen | 21,87 | 44,39 |
| Gynäkologen | 17,96 | 26,94 |
| HNO-Ärzte | 17,39 | 13,89 |
| Hautärzte | 26,55 | 31,49 |
| Internisten - hausärztlich | 53,74 | 101,32 |
| Internisten - fachärztlich | 90,97 | 130,70 |
| Kinderärzte | 48,80 | 48,48 |
| Lungenärzte | 96,30 | 142,14 |
| MKG-Chirurgen | 25,12 | 20,83 |
| Nervenärzte | 96,48 | 130,73 |
| Neurochirurgen - niedergelassen | 35,71 | 66,30 |
| Neurochirurgen - ermächtigt | 7,83 | 16,02 |
| Orthopäden | 13,10 | 20,51 |
| Ärzte für Physiotherapie | 7,45 | 16,21 |
| Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte | 37,20 | 101,24 |
| Psychiater | 57,11 | 92,37 |
| Kinder- u. Jugendpsychiater | 29,42 | 64,59 |
| Ärztliche Psychotherapeuten* | 4,74 | 26,21 |
| Überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte** | 10,66 | 61,88 |
| Urologen | 23,15 | 47,36 |

* 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 %