

Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung

nach § 84 Abs. 6 SGB V für das Jahr 2014 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 –**

**der Knappschaft
Regionaldirektion Berlin**

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

den Ersatzkassen:

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

**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 2014. 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.

Die vereinbarten Richtgrößen basieren auf Brutto-Verordnungskosten. Der Anpassungsfaktor kann sich daher nur auf Veränderungen beziehen, die sich auf die Brutto-Preise auswirken. Für 2014 beträgt der Anpassungsfaktor bei den Richtgrößen + 3,07 %.

§ 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 be-zogen auf die Verordnungen aus dem Kalenderjahr 2014 zur Verfügung. Dabei sind ins-besondere 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 Fas-sung und die die Arzneimittelrichtgrößenprüfung betreffenden Bestimmungen der jeweils gültigen Prüfvereinbarung zwischen der KV Berlin und den Verbänden der Krankenkas-sen 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 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 2014 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 2014 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 16.10.2013 für das Jahr 2014 von + 2,89% festgelegten Anpassungsfaktoren und/oder der regionale Anpassungsfaktor „Altersstruktur der Versicherten“ in Höhe von + 0,18 % abweichend neu bewertet werden. In diesem Fall werden anstelle der in Satz 1 genannten Anpassung in Höhe von + 2,89% und/oder des regionalen Anpassungsfaktors „Altersstruktur der Versicherten“ in Höhe von + 0,18% die abweichend neu bewerteten Anpassungsfaktoren für das Jahr 2014 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 2015

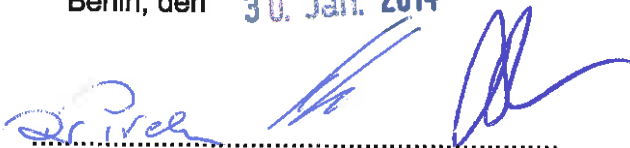
Die fiktiven Richtgrößen stellen die Basis für die für das Jahr 2015 zu ermittelnden Richtgrößen dar, sofern sich die Vertragspartner auf eine lineare Weiterentwicklung der Richtgrößen 2014 für das Jahr 2015 verständigen.

§ 8

Geltungszeitraum, Anschlussvereinbarung

- (1) Diese Vereinbarung gilt für die in dem Jahr 2014 ausgestellten Verordnungen für Arznei- und Verbandmittel und Sprechstundenbedarf.
- (2) Die Vertragspartner nehmen im Oktober 2014 Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung mit dem Ziel auf, diese im Jahr 2014 abzuschließen.

Berlin, den 30. Jan. 2014



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Der Vorstand



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



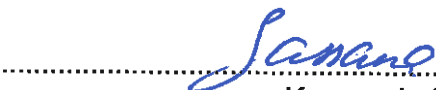
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse



BKK Landesverband Mitte
- Landesvertretung Berlin-Brandenburg -



BIG direkt gesund



Knappschaft
Regionaldirektion Berlin
Der Leiter der Regionaldirektion



SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Anlage 1: Richtgrößen 2014 für Arznei- und Verbandmittel (inkl. SSB)

Arztgruppe	HUG-Zuordnung	RG 2014	
		M/F	R
Allgemeinmediziner/ Praktischer Arzt	100, 102, 107, 120	47,85 €	120,11 €
HA Internist	110, 112, 117, 130 Ärzte ohne Abrechnungsgenehmigung Onkologie	107,89 €	156,85 €
Kinderarzt	400, 402, 407, 410, 412, 417, 422, 430, 442, 452, 600, 602, 607, 700, 702	27,72 €	118,84 €
Anästhesiologe	800, 802, 807, 8800	75,93 €	219,17 €
Augenarzt	900, 902, 907	10,67 €	18,87 €
Chirurg	1000, 1002, 1007	20,02 €	58,99 €
Gynäkologe	1200, 1202, 1207	22,78 €	83,58 €
Reproduktionsmediziner	1300, 1307	76,22 €	113,92 €
HNO-Arzt	1400, 1402, 1407, 3200	19,17 €	11,04 €
Dermatologe	1500, 1502, 1507	30,63 €	28,20 €
Kinder- und Jugendpsychiater	2600	31,84 €	52,32 €
Nervenarzt	2800, 2801, 2802, 2803, 2807, 2810, 2812, 2817, 3810, 3817	196,06 €	187,27 €
Psychiater oder Psychiater und Psychotherapeut	2900, 2902, 2907	86,71 €	123,80 €
Orthopäde	3100, 3102, 3107	12,62 €	28,28 €
Urologe	3600, 3602, 3607	30,53 €	67,18 €
Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin	3700	11,86 €	24,64 €
Arzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	6300, 6302	5,05 €	9,46 €
Ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt	6400, 6402, 6407	8,55 €	11,41 €
FA Innere Medizin ohne SP	1800, 1810 und Ärzte ohne Abrech- nungsgenehmigung Onkologie der HUG 1700, 1702, 1707	213,35 €	188,38 €
FA Innere Medizin mit SP Gastroenterologie	1900, 1901, 1902, 1910	77,62 €	69,16 €
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	686,29 €	943,99 €
FA Innere Medizin mit SP Kardiologie	2100, 2102, 2107, 2110, 2200, 2207	36,60 €	50,99 €
FA Innere Medizin mit SP Pneumologie	2300, 2302, 2310	115,94 €	161,84 €
FA Innere Medizin mit SP Rheumatologie	2400, 2402	778,09 €	683,30 €
FA Innere Medizin mit SP Nephrologie	2500, 2502, 2507, 2510, 7009	367,54 €	423,27 €
Neurochirurg	1100, 1102	20,54 €	38,45 €
Mund-Kiefer- und Gesichtschirurg	2700, 2702	28,02 €	30,43 €

Anlage 2: Praxisbesonderheiten

(1) Die Prüfungsstelle hat die von der Richtgrößengruppentypik abweichenden Mehrkosten bei folgenden Indikationen regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Mehrkosten sind aufgrund der fortentwickelten (Zu- und Abschläge der Rahmenvorgaben 2010 bis 2014 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. 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 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 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 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

- (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.