

## Bekanntmachungen

# Empfehlung für regionale Vereinbarungen

## über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung von Arzneimitteln und Heilmitteln auf der Grundlage von Richtgrößen ab dem Jahre 1998

### Präambel

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung

und

die Spitzenverbände der Krankenkassen  
AOK-Bundesverband

Bundesverband der Betriebskrankenkassen

Bundesverband der Innungskrankenkassen

See-Krankenkasse

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Bundesknappschaft

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

empfehlen den Vertragspartnern auf der Landesebene, bei dem Abschluß von Vereinbarungen über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung mit Arzneimitteln und Heilmitteln (§ 106 SGB V) auf der Grundlage von Richtgrößen (§ 84 Abs. 3 SGB V) die Strukturvorgaben dieser Empfehlung zu berücksichtigen.

(2) Zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung betrachten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen die Vereinbarung von Richtgrößen ab dem Jahre 1998 als erforderlich. Soweit die Datenübermittlungen von Apotheken und Leistungserbringern von Heilmitteln zur Zeit bundesweit keine differenzierte Verordnungsanalyse zur Bildung strukturierter Richtgrößen zulassen, sollen zunächst am durchschnittlichen Fallkostenwert orientierte Richtgrößen vereinbart werden. Die Partner dieser Empfehlung empfehlen jedoch, alsbald zu Richtgrößenregelungen zu kommen, die bei Arzneimitteln auch nach Indikationsgebieten oder Stoffgruppen gegliedert sind.

(3) Insbesondere der hohe zeitliche und organisatorische Aufwand für die

Datengewinnung und -zusammenführung bei den Krankenkassen, ihren Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen geben den Partnern dieser Empfehlung Anlaß, auf die Bedeutung einheitlicher Strukturvorgaben für die Umsetzbarkeit von Richtgrößenregelungen hinzuweisen.

### 1. Gesetzlicher Gestaltungsrahmen für Vertragsregelungen nach § 84 SGB V

(1) Nach § 84 Abs. 3 SGB V haben die Vertragspartner auf der Landesebene einheitliche arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel getrennt zu vereinbaren. Die Richtgrößen können für Arznei- und Verbandmittel sowie für Heilmittel auch gemeinsam festgesetzt werden. Diese Vereinbarungen lösen die Budgets nach § 84 Abs. 1 SGB V ab.<sup>1</sup>

(2) Soweit und solange Richtgrößenvereinbarungen nach Absatz 1 nicht getroffen worden sind, bestehen die Arznei- und Heilmittelbudgets fort (§ 84 Abs. 1, 3 und 5 SGB V). Für diesen Fall empfehlen die Partner dieser Empfehlung zur Vermeidung von Regressen auch mit Blick auf zukünftige Richtgrößenvereinbarungen, die pharmakotherapeutische Beratung insbesondere der Ärzte zu intensivieren, die ihren Fachgruppendurchschnitt überschreiten.

(3) Die Partner dieser Empfehlung empfehlen, für die Umstellung der Budgets auf Richtgrößen ein Ausgabenvolumen festzulegen, das den Vorgaben nach § 84 Abs. 1 SGB V entspricht. Die Festlegung des Ausgabenvolumens ist von den Vertragspartnern auf Landesebene gemeinsam zu treffen und in die Vereinbarungen nach § 84 SGB V aufzunehmen.

(4) Zur Ermittlung des jeweiligen Ausgabenvolumens nach Absatz 3 weisen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen auf ihre jeweiligen Empfehlungen. Bei der Anwendung der Kriterien nach § 84 Abs. 1 SGB V sind für 1997 die Kostenreduzierungen nach den Neuordnungsgesetzen zu berücksichtigen.

(5) Auch bei der Festlegung von Richtgrößen gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 84 Abs. 3 Satz 1 SGB V in Verbindung mit § 71 Abs. 1 SGB V). Diesem Grundsatz wird nach Auffassung der Partner dieser Empfehlung Rechnung getragen, wenn das Ausgabenvolumen bzw. die Richtgrößen so festgelegt werden, daß eine Steigerung der Ausgaben, die nicht den Vorgaben des § 84 Abs. 1 Satz 3 SGB V entspricht, vermieden werden kann.

### 2. Grundsätze zur Bildung von Richtgrößen

(1) Die Partner dieser Empfehlung halten es für geboten, Richtgrößen

– parallel für Arznei- und Verbandmittel einerseits sowie für Heilmittel andererseits,

– nach Altersklassen,<sup>2</sup>

– einheitlich für alle Kassenarten sowie für den Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung,

– auf der Basis der Ausgaben-Bruttowerte,

– für vereinbarte Arztgruppen und

– jahresbezogen auf der Basis der Fälle und Ausgaben eines Kalenderjahres festzulegen.

(2) Werden für Arznei- und Verbandmittel einerseits und für Heilmittel andererseits gesondert Richtgrößen vereinbart, sind diese im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung getrennt anzuwenden. Dabei bleiben die Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung unberührt.

(3) Bei der Bildung von Richtgrößen sind zu jeder vereinbarten Arztgruppe alle mit Ausnahme von Impfstoffen in der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie die nach der Systematik der jeweiligen Arzneikostenstatistik berücksichtigten Behandlungsfälle zugrunde zu legen.

(4) Gesetzliche Zuzahlungen sowie der Rabatt nach § 130 SGB V bleiben bei der Festlegung der Richtgrößen zunächst unberücksichtigt (Bruttoprinzip). Hingegen sind bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen die Unterlagen arztbezogen aufzubereiten und im Falle von Regreßverfahren nach den Netto-Verordnungskosten zugrunde zu legen.

<sup>1</sup> Bestehende Budgetvereinbarungen werden durch diese Empfehlung nicht berührt.

<sup>2</sup> Da zur Zeit datentechnisch noch nicht realisierbar, wird eine Differenzierung getrennt nach Allgemeinversicherten und Rentnern einschließlich der jeweiligen Familienangehörigen bzw. nach gewichtetem Rentneranteil empfohlen, siehe auch Absatz 10.

(5) Die für die Bildung von Richtgrößen zugrundezulegenden Arztgruppen sind, ausgehend von der Weiterbildungsordnung der Ärzte, von den Vertragspartnern auf der Landesebene zu vereinbaren. Die Partner dieser Empfehlung legen nahe, Richtgrößen für die in Anlage 1 genannten Arztgruppen zu bilden. Unter einer Arztgruppe „Sonstige“ sind die Ausgaben bzw. Fälle zu fassen, die keiner der konkret bezeichneten Arztgruppen zugeordnet werden können.

(6) Bei der Festlegung von Richtgrößen für Arzneimittel können Verordnungen ausgenommen werden, bei denen keine Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Anwendung, außerhalb der jeweils zugelassenen Indikation, oder für eine Mengenausweitung bestehen.<sup>3</sup> Wirkstoffe, die von dieser Richtgrößenfestlegung ausgenommen werden können, werden in einer Liste nach Anlage 2 zusammengestellt. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe der Partner dieser Empfehlung ist beauftragt, die Wirkstoffe nach Stoffgruppen zusammenzustellen und zugleich die Pharmazentralnummern der entsprechenden Arzneimittel auszuweisen; siehe auch Ziffer 7 Abs. 4 dieser Empfehlung.

(7) Die Liste nach Anlage 2 soll bundeseinheitlich gelten. Die Partner dieser Empfehlung streben an, diese Liste bei Bedarf zu aktualisieren. Im übrigen können davon abweichende, landesspezifische Festlegungen auf der Bundesebene datenlogistisch nicht unterstützt werden.

(8) Über eine Ausnahme der Wirkstoffe nach Anlage 2 hinaus können Richtgrößen differenziert nach Indikationen oder Wirkstoffgruppen gebildet werden.<sup>3</sup> Die Partner dieser Empfehlung behalten sich vor, zu gegebener Zeit hierzu die Indikations- und Wirkstoffgruppen nach Anlage 3 festzulegen; siehe auch Ziffer 7 Abs. 4 dieser Empfehlung.

(9) Die besonderen Versorgungsverhältnisse einer Praxis sind, soweit ihnen nicht bereits durch eine Ausnahme der Arzneimittel mit Wirkstoffen nach Anlage 2 dieser Empfehlung Rechnung getragen wird, im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu berücksichtigen. Die gemeinsame Arbeitsgruppe nach Ziffer 7 Abs. 4 dieser Empfehlung ist beauftragt, zu den Indikationsgebieten, bei denen im Hinblick auf Arzneimittel regelmäßig von Praxisbesonderheiten ausgegangen werden kann, die Voraussetzungen und den Umfang für die Berücksichtigung bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der Anlage 4 dieser Empfehlung alsbald festzulegen.

(10) Die Partner dieser Empfehlung halten eine Differenzierung in die Altersklassen nach Anlage 5 für sachgerecht.<sup>4</sup>

### 3. Ermittlung der Richtgrößen für das Jahr 1998

(1) Soweit den gesetzlichen Vorschriften nach noch nicht vereinbart, ist von den Vertragspartnern auf der Landesebene gemeinsam für das Jahr 1997 eine Ausgabenobergrenze für Arznei- und Verbandmittel unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 1 SGB V festzulegen und für 1998 als Ausgabenvolumen nach Ziffer 1 Absatz 3 weiterzuentwickeln.

(2) Da statistisch gesicherte Berechnungsgrundlagen für Arzneimittel-Richtgrößen in den Jahren 1997 und 1998 nur aus den Arzneykostenstatistiken zur Verfügung stehen, sind die Richtgrößen nach dem jeweiligen Ausgabenanteil der Arztgruppe zu ermitteln. Für Heilmittel stehen statistisch gesicherte Berechnungsgrundlagen nur aus den Daten der Budgetermittlung zur Verfügung. Die Richtgrößen für Heilmittel sind ebenfalls nach dem jeweiligen Ausgabenanteil der Arztgruppe zu ermitteln. Bei der Festlegung der relativen Ausgabenanteile sind Korrekturfaktoren für diejenigen Arztgruppen zu bestimmen, die einen deutlich vom Durchschnitt der Arztgruppen abweichenden Anteil an Zuzahlungsbefreiungen aufweisen (z. B. Kinderärzte).

(3) Je nach Vertragsgestaltung ist das Ausgabenvolumen um folgende Faktoren zu korrigieren:

a) Umbasierung des vereinbarten Ausgabenvolumens nach Absatz 1 von Netto- auf Bruttowerte (gesetzliche Zuzahlungen und Rabatt nach § 130 SGB V),

b) Berücksichtigung von Budgetüberschreitungen nach § 84 Abs. 1 SGB V aus Vorjahren, die bisher weder ausgeglichen noch bei den vorangehenden Festlegungen berücksichtigt wurden,

c) Abschläge in Abhängigkeit von den Interventionsgrenzen, die nach § 106 Abs. 5 SGB V festzulegen und im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen anzuwenden sind; vgl. Ziffer 6 Abs. 3 dieser Empfehlung,

d) Überschreitungen der Heilmittelbudgets, die auf die fehlende Fortentwicklung der Budgetansätze in den vergangenen Jahren zurückzuführen sind, sollten die Vertragspartner auf der Landesebene bei der Festlegung des Ausgabenvolumens nach Absatz 1 angemessen berücksichtigen.

(4) Das (die) für eine Kassenärztliche Vereinigung festgelegte(n) Ausgabenvolumen (-volumina) ist (sind) für Arzneimittel nach den prozentualen Anteilen der vereinbarten Arztgruppen am

Gesamtbrutto aus der jahresbezogenen Auswertung der Arzneykostenstatistik für 1996, für Heilmittel nach den prozentualen Anteilen der Budgetergebnisse 1996 aufzuteilen („arztgruppenbezogene Ausgabenvolumina“). Dabei ist nach Allgemeinversicherten und Rentnern zu differenzieren oder der Rentneranteil durch Gewichtung zu berücksichtigen.

(5) Die Richtgrößen ergeben sich jeweils aus der Division der „arztgruppenbezogenen Ausgabenvolumina“ durch die Zahl der Behandlungsfälle der jeweiligen Arztgruppe im Jahre 1996.

### 4. Information über die veranlaßten Ausgaben

(1) Zur kontinuierlichen Frühinformation der Kassenärztlichen Vereinigungen über die in ihrem Bereich veranlaßten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel halten die Partner dieser Empfehlung es für erforderlich, die ungeprüften Verordnungsdaten der Krankenkassen

– getrennt nach Arznei- und Verbandmittel einerseits sowie Heilmittel andererseits,

– getrennt nach Altersklassen<sup>5</sup>  
– jeweils mit der Summe der Bruttogehaltsausgaben, der Summe der Zuzahlungen und der Anzahl der Verordnungen,

– für das abgelaufene Quartal,  
– für Arznei- und Verbandmittel bis Ende der 6. Woche<sup>6</sup>, für Heilmittel bis Ende des 6. Monats nach Quartalsende zu übermitteln.

(2) Die Partner dieser Empfehlung gehen davon aus, daß die Verordnungsdaten nach Absatz 1 bei der Vereinbarung von

a) budgetablösenden Richtgrößen: als Summenwerte je Vertragsarzt

b) Budgets für Arznei-, Verband- und Heilmittel: als Summenwerte für die KV insgesamt

bereitgestellt werden. Nach Abschluß des Kalenderjahres sind die geprüften Verordnungsdaten arztbezogen zu übermitteln.

(3) Die Informationen nach Absatz 1 dienen in erster Linie den Vertragsärzten zur Beobachtung ihrer Verord-

<sup>3</sup> Zur Zeit datentechnisch noch nicht realisierbar

<sup>4</sup> Da zur Zeit datentechnisch noch nicht realisierbar, wird eine Differenzierung der Richtgrößen nach Allgemeinversicherten und Rentnern empfohlen, siehe auch Absatz 1

<sup>5</sup> Zur Zeit datentechnisch noch nicht realisierbar; siehe auch Ziffer 2 Absatz 1

<sup>6</sup> Synchronisierte Fristen für die Übermittlung von Verordnungsdaten und Fallzahlen; vgl. Abs. 5

nungstätigkeit. Sie sollen in ihrem Bemühen unterstützt werden, Überschreitungen der Ausgabenobergrenzen bzw. der Richtgrößen zu vermeiden. Die Übermittlung der Verordnungsdaten nach Absatz 2 letzter Satz dient zugleich als Grundlage für den Abschluß des Geschäftsjahres nach Ziffer 5 dieser Empfehlung.

(4) Die Verbände der Krankenkassen tragen dafür Sorge, daß die Verordnungsdaten nach Absatz 1 den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen geben die Verordnungsdaten und ihre Entwicklung in geeigneter Weise ihren Vertragsärzten bekannt. Soweit arztbezogene Verordnungsdaten zur Verfügung gestellt werden, sind diese von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Vertragsärzte weiterzuleiten.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen tragen ihrerseits dafür Sorge, daß den Vertragsärzten mit den Verordnungsdaten nach Absatz 1 sowie den Krankenkassenverbänden auf der Landesebene die Fallzahlen arztbezogen 6 Wochen<sup>7</sup> nach Quartalsende zur Verfügung gestellt werden.

(6) Die Partner dieser Empfehlung halten es für unverzichtbar, die weiteren Einzelheiten der Datenübermittlung zwischen den Vertragspartnern auf der Landesebene gemeinsam zu vereinbaren.

(7) Darüber hinaus empfehlen die Partner dieser Empfehlung den Vertragspartnern auf der Landesebene, gemeinsam die Einrichtung einer kontinuierlichen pharmakotherapeutischen Beratung der Vertragsärzte zu vereinbaren.

### **5. Abschluß des Geschäftsjahres, Ausgleichsregelungen**

(1) Budgetablösende Richtgrößen nach Ziffer 1 Absatz 1 sind im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V anzuwenden. Darüber hinaus ist das Ergebnis der Ausgabenentwicklung im Hinblick auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) in der (den) Folgevereinbarung(en) zu berücksichtigen.

(2) Soweit und solange die Vertragspartner auf der Landesebene (eine) Ausgabenobergrenze(n) für Arznei-, Verband- und Heilmittel nach Ziffer 1 Absatz 2 vereinbaren, ist das Ergebnis anhand der übermittelten Verordnungsdaten gemeinsam festzustellen. Die Partner dieser Empfehlung gehen davon aus, daß die Ergebnisse für Arzneimittel bis

zum Ablauf des ersten Quartals des Folgejahres, für Heilmittel bis zum Ablauf des zweiten Quartals des Folgejahres vorliegen. Überschreitungen der Ausgabenobergrenze sind nach den Vorgaben des § 84 Abs. 1 SGB V auszugleichen.

### **6. Verfahren bei der Überschreitung von Richtgrößen**

(1) Nach Abschluß des Kalenderjahres ermittelt die Kassenärztliche Vereinigung für jeden ihrer Vertragsärzte die Richtgrößensumme, die sich aus der Multiplikation der Richtgröße(n) für die Arztgruppe mit der Fallzahl dieses Vertragsarztes ergibt. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt dem Prüfungsausschuß für die Wirtschaftlichkeitsprüfung folgende Daten arztbezogen zur Verfügung:

- Arztnummer
- Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgröße(n)
- Fallzahlen, ggf. getrennt nach Allgemeinversicherten und Rentnern
- die nach Satz 1 ermittelten Richtgrößensummen und
- die veranlaßten Ausgaben brutto und netto (Ziffer 4 Abs. 2 letzter Satz).

(2) In den Vereinbarungen nach § 106 Abs. 3 SGB V ist zunächst ein Vomhundertsatz festzulegen, um den die jeweilige Richtgröße vom Vertragsarzt überschritten werden darf, bevor ohne Antragstellung ein Prüfverfahren eingeleitet wird. Darüber hinaus ist ein Vomhundertsatz festzulegen, ab dem ein Regreßverfahren einzuleiten ist. Bei der Vereinbarung der Vomhundertsätze ist – soweit nichts Gegenteiliges vereinbart wird – von den Interventionsgrenzen nach § 106 Abs. 5 a SGB V auszugehen.

(3) Von den Interventionsgrenzen nach § 106 Abs. 5 a SGB V kann gegebenenfalls der Höhe nach unter Berücksichtigung vereinbarter Abschläge nach Ziffer 3 Abs. 3 Buchstabe c) abgewichen werden. Dabei ist abzuwägen, daß die Zahl der Prüfverfahren insbesondere von der Höhe der Richtgrößen und der Festlegung der Interventionsgrenzen bestimmt wird und der Beratung Vorrang zu geben ist. Solange differenzierte Richtgrößen unter Berücksichtigung der Anlage 2 nicht vereinbart sind und soweit den entsprechenden Praxisbesonderheiten nicht nach Anlage 4 bereits Rechnung getragen ist, wird empfohlen, zur Gewährleistung einer qualifizierten Arzneimitteltherapie entsprechende Anhebungen der Interventionsgrenzen für Prüf- beziehungsweise Regreßverfahren zu erwägen.

(4) Stellt der Prüfungsausschuß eine über die Interventionsgrenze(n) hinaus-

gehende Überschreitung der für den Vertragsarzt geltenden Richtgröße(n) fest, die nicht durch bereits bekannte Praxisbesonderheiten erklärbar ist, wird dem Vertragsarzt Gelegenheit gegeben, innerhalb der Frist für Rechtsbehelfe die Höhe der von ihm veranlaßten Brutto-Ausgaben zu begründen. Dabei ist den besonderen Versorgungsverhältnissen einer Praxis, die mit einem erhöhten Versorgungsaufwand verbunden sind und die nicht von den Regelungen nach Ziffer 2 Abs. 6 und Abs. 9 berücksichtigt wurden, angemessen Rechnung zu tragen. Soweit zutreffend, ist auch ein im Verhältnis zur Arztgruppe abweichender Anteil zuzahlungsbefreiter Patienten zu berücksichtigen.

(5) Zur Feststellung der Ausgleichsverpflichtung sind die gesetzlichen Zahlungen und der Rabatt nach § 130 SGB V von den veranlaßten Brutto-Ausgaben des Vertragsarztes abzuziehen (Netto-Prinzip) und mit der für den Vertragsarzt ermittelten Richtgrößensumme zu saldieren. Die vom Prüfungsausschuß nach Absatz 4 als Praxisbesonderheit anerkannten Verordnungs-kosten sind dabei als Minderausgaben netto zu berücksichtigen. Über den verbleibenden Betrag ist der Regreß festzusetzen. Die Berechnungsschritte zur Feststellung der regreßpflichtigen Überschreitung von Richtgrößen sind in Anlage 6 dargestellt.

(6) Die Regreßsumme nach Absatz 5 wird zu gleichen Teilen auf die vier dem Prüfungszeitraum folgenden Quartale aufgeteilt und mit den Honoraran-sprüchen des Vertragsarztes verrechnet. Der Prüfungsausschuß kann auf Antrag des Vertragsarztes eine abweichende Verrechnung festlegen.

(7) Im Einzelfall kann der Prüfungsausschuß auf Antrag des Vertragsarztes die Regreßsumme nach Absatz 5 für das auf den Prüfzeitraum folgende Kalenderjahr aussetzen, um dem Vertragsarzt die Möglichkeit des Ausgleiches durch Unterschreitungen zu geben. Wird ein Ausgleich in dem folgenden Kalenderjahr jedoch ganz oder teilweise nicht hergestellt, ist der verbleibende Betrag als Regreß in einer Summe fällig.

### **7. Ergänzende Hinweise zum Abschluß von Richtgrößenvereinbarungen**

(1) Die Partner dieser Empfehlung stellen gemeinsam fest, daß alle Daten,

<sup>7</sup> Synchronisierte Fristen für die Übermittlung von Verordnungsdaten und Fallzahlen; vgl. Abs. 1

die zur Erfüllung von gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere aus dieser Empfehlung, für die Regelungen nach § 84 SGB V zur Verfügung gestellt werden, ausschließlich für die von den Vertragspartnern auf der Landesebene gemeinsam festgelegten Zwecke gespeichert, verarbeitet und verwendet werden dürfen.

(2) Mit dem Zweiten GKV-Neuordnungsgesetz wurden weitere Gesetzesgrundlagen zur Vertragsgestaltung geschaffen. Innerhalb von Modellvorhaben nach § 63 SGB V können Vertragsärzte an Einsparungen beteiligt werden. Dabei gehen die Partner dieser Empfehlung davon aus, daß die Beteiligung an Einsparungen gerechtfertigt ist, soweit diese Beteiligung regelmäßig die Teilnahme des Arztes an der von den Vertragspartnern auf der Landesebene vereinbarten Pharmakotherapie voraussetzt.

(3) Soweit zwischen den Vertragspartnern auf der Landesebene Verträge zur Förderung von kooperativen Versorgungsformen und vernetzten Praxisstrukturen, auch unter Einbeziehung der Arznei- und Heilmittelversorgung, beabsichtigt werden, können entsprechende Strukturverträge nach § 73 a SGB V abgeschlossen werden.

(4) Die Partner dieser Empfehlung beauftragen eine gemeinsame Arbeitsgruppe zu Richtgrößen, die inhaltlichen Festlegungen zu

- Ziffer 2 Abs. 6: Liste nach Anlage 2 (ausgenommene Wirkstoffe),
- Ziffer 2 Abs. 8: Indikations- und Wirkstoffgruppen nach Anlage 3 (Differenzierung der Richtgrößen) sowie zu
- Ziffer 2 Abs. 9: Indikationsgebiete nach Anlage 4 (Praxisbesonderheiten)

abzustimmen. Die Empfehlung wird zu gegebener Zeit um die genannten Festlegungen ergänzt.

(5) Die Partner dieser Empfehlung behalten sich vor, die Berechnung und Prüfung der Richtgrößen auf ein „fiktives“ Nettoprinzip umzustellen, wenn die Ziele dieser Empfehlung auf diese Weise besser erfüllt werden können und die datentechnischen Voraussetzungen dafür gegeben sind.

(6) Die Partner dieser Empfehlung sichern sich gegenseitig zu, bei der Umsetzung dieser Empfehlung vertrauensvoll zusammenzuarbeiten. Sie werden die Vertragspartner auf der Landesebene bei der Umsetzung unterstützen und darauf hinwirken, daß die Ziele dieser Empfehlung umfassend erreicht werden können.

Köln, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Hamburg, Kassel, Bochum, Siegburg

- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- AOK Bundesverband
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen
- Bundesverband der Innungskrankenkassen
- See-Krankenkasse
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- Bundesknappschaft
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
- AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

**Anlage 1 : Arztgruppen<sup>8</sup>**

- Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte
- Anästhesisten
- Augenärzte
- Chirurgen
- Gynäkologen
- Hals-, Nasen-, Ohrenärzte
- Hautärzte
- Internisten
- Kinderärzte
- Lungenärzte
- Nervenärzte
- Orthopäden
- Psychiater
- Urologen

**Anlage 2 : Arzneimittel zur Ausnahme von Richtgrößenregelungen<sup>9</sup>**

(Wirkstoffliste wird derzeit durch die gemeinsame Arbeitsgruppe nach Ziffer 7 Abs. 4 dieser Empfehlung überarbeitet)

**Anlage 3 : Indikations- und Wirkstoffgruppen zur Differenzierung von Richtgrößen**

(zur weiteren Bearbeitung durch die gemeinsame Arbeitsgruppe nach Ziffer 7 Abs. 4 dieser Empfehlung)

- Indikations- oder Wirkstoffgruppe<sup>10</sup>
- Arztgruppe
- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....

**Anlage 4 : Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen**

(zur weiteren Bearbeitung durch die gemeinsame Arbeitsgruppe nach Ziffer 7 Abs. 4 dieser Empfehlung)

- 1. Bei den nachstehenden Indikationen wird den besonderen Versorgungsverhältnissen einer ärztlichen Praxis bereits mit der Wirkstoffliste nach Anlage

2 dieser Empfehlung präparatebezogen umfassend Rechnung getragen. Die Berücksichtigung dieser Praxisbesonderheiten entfällt, wenn und soweit eine Ausnahme der Arzneimittel mit den Wirkstoffen nach Anlage 2 regional vereinbart wird.

- | Indikation                          | Arztgruppe   | Fälle pro Quartal |
|-------------------------------------|--|-------------------|
| 1.1 Methadonsubstitution            | nach NUB-Richtlinien bei Opiatabhängigen   |                   |
| 1.2 Immunsuppressiva                | nach Organtransplantation  |                   |
| 1.3 Immunsuppressive Behandlung     | bei Kollagenosen, entzündlichen Nierenerkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis |                   |
| 1.4 Insulin-Therapie                | bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus   |                   |
| 1.5 Aglucerase-Therapie             | bei Morbus Gaucher   |                   |
| 1.6 Substitution von Plasmafaktoren | bei Faktormangelkrankheiten  |                   |

2. Bei den nachstehenden Indikationen wird den besonderen Versorgungsverhältnissen einer ärztlichen Praxis bereits mit der Wirkstoffliste nach Anlage 2 dieser Empfehlung präparatebezogen weitgehend Rechnung getragen. Wenn und soweit eine Ausnahme der Arzneimittel mit den Wirkstoffen nach Anlage 2 regional vereinbart wird, entfällt bei den nachstehenden Indikationen größtenteils der Aspekt der Praxisbesonderheit. Es ist dann eine Neubewertung vorzunehmen.

- | Indikation                              | Arztgruppe  | Fälle pro Quartal |
|---|---|-------------------|
| 2.1 orale und parenterale Chemotherapie | bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturzubereitung |                   |
| 2.2 Interferon-Therapie                 | bei schubförmig verlaufender Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten  |                   |
| 2.3 Hormonelle Behandlung               | und In-vitro-Fertilisation bei Sterilität   |                   |
| 2.4 Wachstumshormon-Behandlung          | bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs   |                   |

<sup>8</sup> Eine weitere Differenzierung der Arztgruppen ist regional möglich, wenn und soweit die nach § 300 SGB V übermittelten siebenstelligen Arztnummern dort zu weiteren Untergruppen zusammengefaßt werden können.

<sup>9</sup> Zur Zeit datentechnisch noch nicht realisierbar

<sup>10</sup> Wirkstoffbezogene Differenzierung nur bei Arzneimitteln

2.5 Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten

2.6 Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen, einschließlich deren Begleiterkrankungen

2.7 Mukoviszidose

2.8 Terminale Niereninsuffizienz

3. Bei den nachstehenden Indikationen/Therapien zu Heilmitteln werden die besonderen Versorgungsverhältnisse einer ärztlichen Praxis durch die Differenzierung der Richtgrößen nach Indikationsgruppen entsprechend Anlage 3 dieser Empfehlung berücksichtigt. Sobald entsprechend differenzierte Richtgrößen regional vereinbart werden, entfällt jeweils der Aspekt der Praxisbesonderheit insgesamt.

Indikation	Arztgruppe	Fälle pro Quartal
3.1 Ergotherapie		
3.2 Logopädie		

**Erläuterungen zur Anlage 4**

Soweit aus datentechnischen Gründen Wirkstoffe der Anlage 2 nicht routinemäßig Berücksichtigung finden können, dient die Definition von Praxisbesonderheiten in der Anlage 4 im wesentlichen folgenden beiden Zielsetzungen:

1. Stellt der Arzt fest, daß für ihn Praxisbesonderheiten im Sinne der Anlage 4 zutreffen, so sollte er auf einem Beiblatt zur Abrechnung die Praxisbesonderheiten bezeichnen und die jeweils zutreffende Fallzahl für diese Praxisbesonderheiten angeben, um sich ggf. von weitergehenden Prüfungen zu entlasten (vgl. Nr. 2). Zwar untersucht der Prüfungsausschuß auch ohne Beilegung eines solchen Beiblattes das Vorliegen von Praxisbesonderheiten, jedoch wird in diesem Fall bei Feststellung von Richtgrößenüberschreitungen das Prüfverfahren zunächst in Gang gesetzt, so daß der Arzt ggf. seine Verordnungsweise vor dem Prüfungsausschuß zu rechtfertigen hat.

2. Soweit erkennbar ist, daß der Arzt Praxisbesonderheiten gemäß Anlage 4 aufweist, die eine Überschreitung der Interventionsgrenzen als plausibel erscheinen lassen, kann der Prüfungsausschuß dies zum Anlaß nehmen, von einer weitergehenden Prüfung abzusehen.

Außer den in der Anlage 4 aufgeführten Praxisbesonderheiten kann der Arzt im Einzelfall weitere Praxisbesonderheiten angeben.

**Anlage 5 : Altersklassen**

Kinder	0 bis 9 Jahre
Jugendliche/Erwachsene	10 bis 49 Jahre
Erwachsene/Vorruhestand	50 bis 64 Jahre
Rentner/Senioren	65 Jahre und älter

**Anlage 6 : Berechnungsschritte zur Prüfung von Richtgrößen**

1. Anlaß zum Prüfverfahren (Aufgreifkriterium)

1.1 Ermittlung der Richtgrößensumme des Vertragsarztes (brutto)

[Fallzahl(en)] x [Richtgröße(n)] = Richtgrößensumme

(bei differenzierten Richtgrößen Mehrfachschritt, ggf. mit Summierung)

1.2 Feststellung der veranlaßten Brutto-Ausgaben

(ermittelt aus der arztbezogenen Erfassung nach § 84 Abs. 2 SGB V)

1.3 Feststellung der Prüfauffälligkeit

{ [Brutto-Ausgaben nach 1.2] : [RG-Summe nach 1.1] x 100 } ./ 100 = Prüfquote 1 (in %)

– Prüfquote 1 unter der Interventionsgrenze für Prüfung: kein formaler Prüfbedarf

– Prüfquote 1 über der Interventionsgrenze für Prüfung: weitergehende Prüfung

2. Weitergehende Prüfung auf Unwirtschaftlichkeit

2.1 Berücksichtigung individueller Versorgungsverhältnisse

Brutto-Ausgaben nach 1.2 abzgl. vom

Prüfungsausschuß als Praxisbesonderheiten anerkannte Verordnungs-kosten (brutto) = bereinigte Brutto-Ausgaben

2.2 Feststellung auf Einhaltung oder Überschreitung der Richtgröße(n)

{ [bereinigte Brutto-Ausgaben nach 2.1] : [RG-Summe nach 1.1] x 100 } ./ 100

– Prüfquote 2 unter der Interventionsgrenze für Regreßverfahren: kein pauschalierter Regreß

– Prüfquote 2 über der Interventionsgrenze für Regreßverfahren: regreßpflichtige Unwirtschaftlichkeit in der Höhe der Überschreitung der Interventionsgrenze für Regreßverfahren

3. Pauschalierte Festsetzung des Regreßbetrages

3.1 Ermittlung der veranlaßten und anerkannten Netto-Ausgaben

Bruttoausgaben nach 1.2 abzgl. Rabatt nach § 130 SGB V (5%) abzgl. Zahlungen (arztbezogen übermittelt) = Netto-Ausgaben

3.2 Berücksichtigung der anerkannten Praxisbesonderheiten

Nettoausgaben nach 3.1 abzgl. vom Prüfungsausschuß als Praxisbesonderheiten anerkannte Verordnungs-kosten (Netto-Betrag) abzgl. Korrekturfaktor für den vom Fachgruppenschnitt abweichenden Anteil zuzahlungsbefreiter Patienten = bereinigte Netto-Ausgaben

3.3 Feststellung des regreßpflichtigen Überschreitungs-betrages

[bereinigte Netto-Ausgaben nach 3.2] x [Prüfquote 2 nach 2.2 ./ Interventionsgrenze für Regreßverfahren] = Regreßbetrag

□

**48. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer**

Vom 5. bis 7. Dezember 1997 veranstaltet die Bayerische Landesärztekammer in der Meistersingerhalle unter Leitung von Herrn Dr. med. H. H. Koch, Klinikum Nürnberg Nord, ihren 48. Fortbildungskongreß.

**Kongreßthemen:** Recht und Medizin, Das aktuelle Thema, Impfen – aktueller denn je! Depressive Störungen in der ärztlichen Praxis, Diabetes mellitus im Aufwind, Phytotherapie – eine sinnvolle Alternative?

**Seminare und Kurse:** Allergie – Allergologische Probleme in der täglichen Praxis, Bronchoskopie für Anästhesisten und Intensivmediziner, Praktische Diabetologie, Reanimation bei Kindern und Erwachsenen, Medikamentöse Schmerztherapie, Praktische Übungen zu Internet, Akute Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates – Schwerpunkt Physikalische Medizin

**5. und 6. Dezember:** Sonographie-Symposium, Fortbildungskurs für ärztliches Assistenzpersonal: Röntgendiagnostik – Strahlentherapie – Nuklearmedizin

**6. Dezember:** Fortbildungskurs für Arzthelferinnen

**7. Dezember:** Öffentliche Veranstaltung: Zuckerkrank – ein Problem?

**Auskunft:** Bayerische Landesärztekammer, Referat Ärztliche Fortbildung, Frau H. Müller-Petter, Mühlbaurstraße 16, 81677 München, Tel 0 89/41 47-2 32, Fax 41 47-2 80