

**Kassenärztliche Bundesvereinigung**  
**Spitzenverbände der Krankenkassen**

## **Empfehlung**

für regionale Vereinbarungen über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung von Arzneimitteln und Heilmittel auf der Grundlage von Richtgrößen ab dem Jahre 1999

**- Empfehlung zu Richtgrößen -**

vom 10. Februar 1999

## **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 auf der Grundlage des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 18.12.1998 (GKVSolG) 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) anhand von Richtgrößen (§ 84 Abs. 3 SGB V) die Strukturvorgaben dieser Empfehlung zu berücksichtigen.

(2) 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 zum Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V zu vereinbaren. Die Richtgrößen können für Arznei- und Verbandmittel sowie für Heilmittel auch getrennt festgesetzt werden. Kommt für das Jahr 1999 eine Vereinbarung bis zum 31. März 1999 ganz oder teilweise nicht zustande, hat das Schiedsamt nach § 89 SGB V den Vertragsinhalt bis zum 30. Juni 1999 festzusetzen (Artikel 17 GKV-SolG).

(2) Zur Vermeidung von Regressen halten es die Partner dieser Empfehlung für erforderlich, die pharmakotherapeutische Beratung insbesondere der Ärzte zu intensivieren, die ihren Fachgruppendurchschnitt überschreiten. Davon unbenommen sind Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V.

## **2. Grundsätze zur Bildung von Richtgrößen**

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

- einheitlich für alle Kassenarten sowie für den Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung,
- für Arznei- und Verbandmittel einerseits sowie für Heilmittel andererseits,
- auf der Basis der Ausgaben-Bruttowerte,

- für vereinbarte Arztgruppen,
- jahresbezogen auf der Basis der Fälle und Ausgaben eines Kalenderjahres und
- gegebenenfalls nach Altersklassen \*

zu vereinbaren.

(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 („kompensationsfähige Einsparungen“).

(3) Bei der Bildung von Richtgrößen sind zu jeder vereinbarten Arztgruppe alle mit Ausnahme von Impfstoffen zur Prävention in der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie die nach der Systematik der jeweiligen Arzneikostenstatistik berücksichtigten Behandlungsfälle zugrunde zu legen. Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen sind die Unterlagen arztbezogen aufzubereiten und im Falle von Regreßverfahren die Netto-Verordnungskosten heranzuziehen.

(4) Die für die Bildung von Richtgrößen zu berücksichtigenden 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.

(5) Bei der Bildung von Richtgrößen für Arzneimittel können Verordnungen ausgenommen werden, bei denen keine Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Anwendung, für eine Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikation oder für eine Mengenausweitung bestehen. Wirkstoffe, die von der Richtgrößenfestlegung ausgenommen werden können, haben die Partner dieser Empfehlung in einer Liste nach Anlage 2 zusammengestellt. Die Partner dieser Empfehlung beauftragen eine gemeinsame Arbeitsgruppe, die wirkstoffbezogene Liste nach Anlage 2 um die entsprechenden Fertigarzneimittel pharmazentralnummern-bezogen zu konkretisieren, jährlich zu aktualisieren und die Liste der Fertigarzneimittel jeweils im voraus bekannt zu geben.

(6) Die Liste nach Anlage 2 soll bundeseinheitlich gelten. Davon abweichende, landesspezifische Festlegungen können auf der Bundesebene datenlogistisch nicht unterstützt werden.

(7) Richtgrößen können zukünftig differenziert nach Indikationen oder Wirkstoffgruppen gebildet werden. Die Partner dieser Empfehlung behalten sich vor, zu gegebener Zeit hierzu die Indikations- und Wirkstoffgruppen festzulegen. Voraussetzung hierfür ist eine zeitnahe Bereitstellung indikationsbezogener Behandlungsfälle durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und arztgruppenspezifischer Arzneimitteldaten durch die Verbände der Krankenkassen.

(8) Die besonderen Versorgungsverhältnisse einer Praxis sind im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu berücksichtigen. Indikationsgebiete, bei denen im Hinblick auf Arzneimittel regelmäßig von Praxisbesonderheiten ausgegangen werden kann, sind in der Anlage 3 dieser Empfehlung festgelegt.

---

**\*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 9.**

(9) Sollen Richtgrößen zukünftig auch nach der Altersstruktur der Versicherten ausgestaltet werden, halten die Partner dieser Empfehlung eine Differenzierung in Altersklassen nach Anlage 4 für sachgerecht (vergleiche Fußnote zu Absatz 1).

### **3. Ermittlung des Ausgabenvolumens für das Jahr 1999**

(1) Von den Vertragspartnern auf der Landesebene ist gemeinsam für das Jahr 1999 ein Ausgabenvolumen für Arznei-, Verband- und Heilmittel festzulegen.

(2) Je nach Vertragsgestaltung sind bei der Ermittlung des Ausgabenvolumens nach Absatz 1 folgende Abschläge zu berücksichtigen:

- a) Abschläge für Arztgruppen, die nicht nach Ziffer 2 Absatz 4 dieser Empfehlung berücksichtigt sind,
- b) Anpassung der arztgruppenbezogenen Ausgabenvolumina nach Absatz 3 um die auf Anlage 2 entfallenden Ausgaben für Arzneimittel, sofern die Vertragspartner auf der Landesebene die Anwendung der Anlage 2 vereinbaren,
- c) Abschläge in Abhängigkeit von den Interventionsgrenzen, die nach §106 Abs. 5 SGB V festzulegen und im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen anzuwenden sind; vergleiche Ziffer 5 Abs. 3 dieser Empfehlung.

(3) Das für eine Kassenärztliche Vereinigung nach Absatz 1 vereinbarte Ausgabenvolumen

ist, gegebenenfalls getrennt für Arzneimittel einerseits und Heilmittel andererseits, nach den prozentualen Anteilen der vereinbarten Arztgruppen an den Ergebnissen der arztbezogenen Erfassung nach § 84 SGB V für das Jahr 1997 aufzuteilen (arztgruppenbezogene Ausgabenvolumina).

(4) Die Richtgrößen ergeben sich jeweils aus der Division der arztgruppenbezogenen Ausgabenvolumina durch die Zahl der Behandlungsfälle der jeweiligen Arztgruppe im Jahre 1997.

### **4. Information über veranlaßte Ausgaben, Abschluß des Geschäftsjahres**

(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,
- jeweils mit der Summe der Bruttoausgaben, der Summe der Zuzahlungen und der Anzahl der Verordnungen,
- für das abgelaufene Quartal,
- für Arznei- und Verbandmittel bis Ende der 8. Woche, für Heilmittel bis Ende des 6. Monats nach Quartalsende

zu übermitteln. Die Verordnungsdaten werden als Summenwerte je Vertragsarzt bereitgestellt.

(2) Nach Abschluß des Kalenderjahres 1999 sind die geprüften Verordnungsdaten arztbezogen zu übermitteln. Bis zum 30. Juni 2000 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen die zugehörigen Fallzahlen.

(3) Die Informationen nach Absatz 1 dienen in erster Linie den Vertragsärzten zur Beobachtung ihrer Verordnungstätigkeit. Sie sollen in ihrem Bemühen unterstützt werden, Überschreitungen der Richtgrößen zu vermeiden. Die Übermittlung der Verordnungsdaten und Fallzahlen nach Absatz 2 dient als Grundlage für den Abschluß des Geschäftsjahres.

(4) Die Verbände der Krankenkassen tragen dafür Sorge, daß die Verordnungsdaten nach Absatz 1 und 2 den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt werden.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen geben die Verordnungsdaten nach Absatz 1 und 2 sowie ihre Entwicklung unverzüglich in geeigneter Weise ihren Vertragsärzten bekannt. Sie tragen dafür Sorge, daß den Vertragsärzten mit den Verordnungsdaten zugleich die Fallzahlen zur Verfügung gestellt werden.

(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen ferner sicher, daß den Krankenkassenverbänden auf der Landesebene die Fallzahlen arztbezogen 6 Wochen nach Quartalsende zur Verfügung gestellt werden.

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

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

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

(1) Nach Abschluß des Kalenderjahres 1999 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, gegebenenfalls getrennt nach Allgemeinversicherten und Rentnern
- die nach Satz 1 ermittelten Richtgrößensummen und
- die veranlaßten Ausgaben.

(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. 2

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 Richtgrößen nicht unter Berücksichtigung der Anlage 2 vereinbart sind und soweit den entsprechenden Praxisbesonderheiten nicht nach Anlage 3 bereits Rechnung getragen ist, wird empfohlen, zur Gewährleistung einer qualifizierten Arzneimitteltherapie entsprechende Anhebungen der Interventionsgrenzen für Prüf- bzw. Regreßverfahren zu erwägen.

(4) Stellt der Prüfungsausschuß eine über die Interventionsgrenze(n) hinausgehende 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 Ausgaben zu begründen. Dabei ist den besonderen Versorgungsverhältnissen einer Praxis, die mit einem erhöhten Versorgungsaufwand verbunden sind und die nicht mit den Regelungen nach Ziffer 2 Absatz 5 und 7 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 Zuzahlungen und der Rabatt nach § 130 SGB V von den veranlaßten Ausgaben des Vertragsarztes abzuziehen (Netto-Prinzip) und mit den für den Vertragsarzt ermittelten Richtgrößensummen zu saldieren. Die vom Prüfungsausschuß nach Absatz 4 als Praxisbesonderheit anerkannten Verordnungskosten sind dabei als Minderausgaben zu berücksichtigen. Über den verbleibenden Betrag ist der Regreß festzusetzen. Die Berechnungsschritte zur Feststellung der regreßpflichtigen Überschreitung von Richtgrößen sind in Anlage 5 dargestellt.

(6) Die Regreßsumme nach Absatz 5 wird zu gleichen Teilen auf die vier, dem Prüfungszeitraum folgenden Quartale aufgeteilt und mit den Honoraransprüchen 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.

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

(1) Die Partner dieser Empfehlung halten es für angemessen, auf der Landesebene einen prozentualen Schwellenwert zu vereinbaren, ab dem, bei einer Unterschreitung des Ausgabenvolumens nach Ziffer 3 Absatz 1, auf eine Richtgrößenprüfung von Amts wegen verzichtet werden kann. Davon unberührt bleiben alle anderen Prüfungen nach § 106 SGB V.

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

(3) 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

## **Anlage 1**

### **Arztgruppen \***

Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte

Anästhesisten

Augenärzte

Chirurgen

Gynäkologen

Hals-, Nasen-, Ohrenärzte

Hautärzte

Internisten

Kinderärzte

Lungenärzte

Nervenärzte

Orthopäden

Psychiater

Urologen

---

\* 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.

## Anlage 2

### Arzneimittel zur Ausnahme von Richtgrößenregelungen\*

#### - Wirkstoffliste -

(gemeinsame Arbeitsgruppe KBV und GKV-Spitzenverbände, Stand: 08. Juni 1998)

Wirkstoff	Konkretisierung
<b>A</b>	
4-Aminomethylbenzoesäure	
Aclarubicin	
ACTH	
Aldesleukin	
Alfentanvl	nur parenterale Anwendung
all-trans-Retinsäure	
Alpha-Dihydroergocryptin	
Alteplas	
Altretamin	
Aminoglutethimid	
Amsacrin	
Anastrozol	
Anistreplase	
Antithrombin	
Argipressin	nur parenterale Anwendung
Asparaginase	
Atovaquon	
Azathioprin	
<b>B</b>	
Bacillus Calmette-Guérin	nur als Instillagel
Baclofen	nur intrathekal
Bendamustin	
Benzatropin	
Bicalutamid	
Bienengift	
Biperiden	
Bleomycin	
Blutgerinnungsfaktor bei Hemmkörperhämophilie	
Blutgerinnungsfaktoren I, II, VII, VIII, IX, X, XIII	
Bornaprin	
Bromocriptin	
Budipin	
Buserelin	nur als Diagnostikum
Busulfan	
<b>C</b>	
Carbimazol	
Carboplatin	
Carmustin	
Chlorambucil	
Chlorotrianisen	

Cislosporin	
Cidofovir	
Cisplatin	
Cladribin (Chlorodesoxyadenosin)	
Clodronsäure	
Corticorelin	nur als Diagnostikum
Cyclophosphamid	
Cytarabin	
<b>D</b>	
Dacarbazin	
Dactinomycin	
Dapson	
Daunorubicin	
Desfluran	
Desmopressin	nur parenterale Anwendung
Diazoxid	
Didanosin	
Dihydrotachysterol	
Docetaxel	
Doxorubicin	
<b>E</b>	
Enfluran	
Entecapon	
Epirubicin	
Estramustin	
Ethambutol	
Ethosuximid	
Etoposid	
<b>F</b>	
Felbamat	
Fenoterol	nur parenterale Anwendung
Fentanyl	nur parenterale Anwendung, Pflaster
Filgrastim (G4SF)	
Fludarabin	
Fluorouracil	
Flutamid	
Formestan	
Foscarnet	
Fosfestrol	
Furosemid	nur 250 mg
<b>G</b>	
Gabapentin	
Ganciclovir	
Gemcitabin	
Gestonoron	
Glucagon	
Gonadorelin (LHRH)	nur nasale Anwendung bei Kindern
Goserelin	
<b>H</b>	
Hydrocortison	nur 500 mg
Hydroxycarbamid	

<b>I</b>	
Ibandronsäure	
Ifosfamid	
Immunglobuline, spezifische vom Menschen mit Antikörper gegen:	
-CMV	
-Hepatitis A	
-Hepatitis B	
-Masern	
-Rhesus (D)	
-Röteln	
-Tetanus	
-Tollwut	
-Varizellen	
Indinavir	
Insuline	alle außer Insulin Lispro
Isofluran	
Isoniazid	
<b>K</b>	
Kaliumbromid	
<b>L</b>	
Lamivudin	
Lamotrigin	
Lenograstim	
Lepirudin	
Letrozol	
Leuporelin	nur als Diagnostikum
Levodopa	
Levodopa + Benserazid	
Levodopa plus Carbidopa	
Lisurid	
Lomustin	
Lymphozyten-Globuline	
Lypressin	nur nasale Anwendung
<b>M</b>	
Monoklonale Antikörper (Mab 17-1A)	
Medrogeston	nur 25 mg
Medroxyprogesteron	nur 100 mg
Megestrol	
Melphalan	
Mercaptopurin	
Mesuximid	
Methotrexat	
Methylprednisolon	nur 250 mg
Methylthiouracil	
Metixen	
Miltefosin	
Mitomycin	
Mitoxantron	
Molgramostim	
Morphin	
Muromonab-CD 3	

Mycophenolatmofetil	
<b>N</b>	
Nelfinavir	
Nevirapin	
Nimustin	
<b>O</b>	
Octreotid	
Ornipressin	nur parenterale Anwendung
Oxytocin plus Methylergometrin	
<b>P</b>	
Paclitaxel	
Pamidronsäure	
Pentamidin	
Pentostatin	
Pergolid	
Phenprocoumon	
Phenytoin	
Polyestradiol	
Prednisolon	nur 250 mg
Pridinol	
Primidon	
Procarbazin	
Propylthiouracil	
Protionamid	
Pyrazinamid	
Pyrimethamin	
<b>R</b>	
Remifentanil	nur parenterale Anwendung
Retepase	
Rifabutin	
Rifampicin	
Riluzol	
Ritodrin	nur parenterale Anwendung
Ritonavir	
Ropinirol	
<b>S</b>	
Saquinavir	
Somatorelin	nur als Diagnostikum
Stavudin	
Streptokinase	
Sufentanil	nur parenterale Anwendung
Sultiam	
<b>T</b>	
Tacrolimus	
Tamoxifen	
Teniposid	
Terlipressin	nur orale/parenterale Anwendung
Testolacton	
Thiamazol	
Thioguanin	
Thiotepa	

Thymoglobulin	
Tiagabin	
Tiaprid	
Tolcapon	
Torasemid	nur <200 mg
Toremifen	
Tranexamsäure	
Treosulfan	
Tretinoin	nur systemische Anwendung
Triamcinolon	nur <40 mg
Trihexyphenidyl	
Trimethadion	
Triptorelin	nur als Diagnostikum
Trofosfamid	
V	
Valproinsäure	
Vasopressin	nur parenterale Anwendung
Vigabatrin	
Vinblastin	
Vincristin	
Vindesin	
Vinorelbin	
W	
Warfarin	
Wespengift	
Z	
Zalcitabin	
Zidovudin	

## Anlage 3

### Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

(gemeinsame Arbeitsgruppe KBV und GKV-Spitzenverbände, Stand: 30. September 1998)

#### 1. präparatebezogene Berücksichtigung

Bei den nachstehenden Indikationen wird den besonderen Versorgungsverhältnissen einer ärztlichen Praxis bereits mit der Wirkstoffliste nach Anlage 2 dieser Empfehlung umfassend Rechnung getragen. Die Berücksichtigung dieser Praxisbesonderheiten entfällt, wenn und soweit eine Ausnahme der Arzneimittel mit den Wirkstoffen nach Anlage 2 regional vereinbart ist.

Indikation	Arztgruppe	Fälle pro Quartal
1.1 Immunsuppressiva nach Organtransplantation		
1.2 Immunsuppressive Behandlung bei Kollagenosen, entzündlichen Nierenerkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis		
1.3 Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes		
1.4 Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten		
1.5 Therapie mit Virustatika bei behandlungsbedürftigen HIV-Infektionen		
1.6 orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga und Zytokine		

## 2. fallbezogene und indikationsabhängige Berücksichtigung

Bei den nachstehenden Indikationen ergeben sich Praxisbesonderheiten fallbezogen und indikationsabhängig im Hinblick auf Arzneimittel, die in der Wirkstoffliste nach Anlage 2 dieser Empfehlung nicht berücksichtigt sind.

Indikation	Arztgruppe	Fälle pro Quartal
2.1 Therapie des Morbus Gaucher mit Alglucerase / Imiglucerase		
2.2 Hormonelle Behandlung und in-vitro-Fertilisation bei Sterilität		
2.3 Interferon-Therapie bei schubförmig verlaufender Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten		
2.4 Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten		
2.5 Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose		
2.6 Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz		
2.7 Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach NUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen		
2.8 Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs		
2.9 Parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten als Rezepturbereitung sowie parenterale Chemotherapie mit für diese Indikation zugelassenen Interferonen		
2.10 Therapie behandlungsbedürftiger Begleiterkrankungen bei HIV-Infektionen		

### 3. Berücksichtigung bestimmter Heilmitteltherapien

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

Indikation/Therapie	Arztgruppe	Fälle pro Quartal
3.1 Ergotherapie		
3.2 Logopädie		

### Erläuterungen zu Anlage 3

Soweit aus datentechnischen Gründen Wirkstoffe der Anlage 2 nicht routinemäßig Berücksichtigung finden können, dient die Definition von Praxisbesonderheiten nach Anlage 3 im wesentlichen folgenden Zielsetzungen:

1. Stellt der Arzt fest, daß für ihn Praxisbesonderheiten im Sinne der Anlage 3 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 3 aufweist, die eine Überschreitung der Interventionsgrenzen als plausibel erscheinen lassen, kann der Prüfungsausschuß dies zum Anlaß nehmen, von einer weitergehenden Prüfung abzusehen.

Außer den nach Anlage 3 aufgeführten Praxisbesonderheiten kann der Arzt im Einzelfall weitere Praxisbesonderheiten angeben.

## Anlage 4

### Altersklassen

<b>Altersklasse</b>	<b>Intervall</b>
Kinder	0 bis 9 Jahre
Jugendliche / Erwachsene	10 bis 49 Jahre
Erwachsene / Vorruhestand	50 bis 64 Jahre
Rentner / Senioren	65 Jahre und älter

## Anlage 5

### Berechnungsschritte zur Prüfung von Richtgrößen

#### 1. Anlaß zum Prüfverfahren (Aufgreifkriterium)

##### 1.1 Ermittlung der Richtgrößensumme des Vertragsarztes

$[Fallzahl(en)] \times [Richtgröße(n)] = Richtgrößensumme$   
(bei differenzierten Richtgrößen Mehrfachschrift ggf. mit Summierung)

##### 1.2 Feststellung der veranlaßten Ausgaben

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

##### 1.3 Feststellung der Prüfauffälligkeit

$\{ [Ausgaben \text{ nach } 1.2] : [RG\text{-Summe nach } 1.1] \times 100 \} \cdot 100$   
= 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

Ausgaben nach 1.2

abzgl. vom Prüfungsausschuß als Praxisbesonderheiten  
anerkannte Verordnungskosten

-----  
= bereinigte Ausgaben

##### 2.2 Feststellung auf Einhaltung oder Überschreitung der Richtgröße(n)

$\{ [bereinigte \text{ Ausgaben nach } 2.1] : [RG\text{-Summe nach } 1.1] \times 100 \} \cdot 100$   
= Prüfquote 2 (in %)

*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 Ausgaben**

Ausgaben nach 1.2  
abzgl. Rabatt nach § 130 SG8 V (5 %)  
abzgl. Zuzahlungen (arztbezogen übermittelt)  
-----  
= Netto-Ausgaben

#### **3.2 Berücksichtigung der anerkannten Praxisbesonderheiten**

Nettoausgaben nach 3.1  
abzgl. vom Prüfungsausschuß als Praxisbesonderheiten an-  
erkannte 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**